UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Apprentissage de la proprété sphincterienne chez les enfants arriérés mentaux. Enquête menée auprès des éducateurs du centre Akamuri

Niyimpumuriza, Moïse; Sous la Direction du : Professeur Théodora Nisabwe

2016-02
UB, FPSE
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2277

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

APPRENTISSAGE DE LA PROPRETE SPHINCTERIENNE CHEZ LES ENFANTS ARRIERES MENTAUX

Enquête menée auprès des éducateurs du Centre Akamuri

par

Moïse NIYIMPUMURIZA

Sous la Direction du :

Professeur Théodora NISABWE

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de **Licencié en Psychologie**

Option : Psychologie Clinique et Sociale

Bujumbura, Février 2016

« Traitez les gens comme s'ils étaient ce qu'ils devraient être et vous les aiderez à devenir ce qu'ils peuvent être. »

Johann WOLFGANG Goethe,

Les souffrances du jeune Werther(1774).

DEDICACE

A mes regrettés parents BUKURU Lazare et MINANI Daphrose ;

A ma sœur disparue NIBIGIRA Jacqueline.

REMERCIEMENTS

C'est avec plus de conviction que nous voudrions remercier du fond de notre cœur, toutes les personnes sans le concours desquelles, ce mémoire n'aurait pas vu le jour.

Nous pensons particulièrement au Professeur Théodora NISABWE, enseignant à l'Université du Burundi, Faculté de Psychologie et des sciences de l'Education qui, en dépit de ses nombreux devoirs, a accepté de guider nos premiers pas dans le domaine de la recherche. Son aide, ses remarques, ses encouragements, ses conseils judicieux et sa rigueur scientifique ont beaucoup soutenu nos efforts. Qu'elle trouve ici, toute notre gratitude pour sa grande disponibilité et sa collaboration.

Nous remercions grandement nos enquêtés qui n'ont ménagé aucun effort pour répondre à nos questions lors de notre enquêté. Leur contribution était indispensable pour mener à bon port ce travail.

Nos sincères remerciements sont aussi adressés aux enseignants qui nous ont formé depuis l'école primaire jusqu'à l'Université du Burundi.

Nous saisissons cette heureuse occasion pour reconnaître les efforts déployés et la responsabilité assurée jusqu'à ce jour par les familles BARANKIRIZA Nahum et KABURA Antoine. Qu'elles trouvent ici nos sentiments de gratitude.

RESUME

Le centre AKAMURI sis en commune MUKAZA en Mairie de BUJUMBURA prend en charge des enfants arriérés mentaux tous les degrés d'arriération mentale confondus. Parmi ces enfants arriérés mentaux il y en a qui ne maitrisent pas les sphincters.

L'étude réalisée visait :'' *L'Apprentissage de la propreté sphinctérienne chez les enfants arriérés mentaux du centre AKAMURI*''. La technique de notre recherche était l'entretien semi-directif supporté par l'observation directe. Notre population d'enquête était constituée par les éducateurs des enfants arriérés mentaux qui ne maitrisent pas les sphincters. La méthode utilisée est celle qualitative qui se veut exploratoire et qui respecte la singularité de chaque cas. Ceci pour dire que les éducateurs ne peuvent sentir pas les difficultés de la même manière car ils sont totalement ''différents''.

Sur les stratégies pour apprendre ces enfants arriérés mentaux qui ne maitrisent pas les sphinctersà être propre l'étude a montré qu' il ya : l'apprentissage par conditionnement qui consiste à poser un comportement suite à un stimulus ; habituer les enfant à ne pas mettre la couche-culotte ; les exercices de psychomotricité pour que ces enfants puissent effectuer des mouvements et qu'ils sachent coordonner ces derniers, une communication gestuelle qui est aussi importante du fait qu'elle lie directement les éducateurs et les enfants et du fait que l'homme ne peut pas se développer intellectuellement s'il est dépourvu de la communication avec le monde qui l'entoure.

Concernant les difficultés rencontrées par les éducateurs des enfants arriérés mentaux qui ne maitrisent pas les sphincters il a été montré que l'environnement social ne comprenant pas l'arriération mentale ; la surprotection et le laxisme de l'enfant arriéré mentale, port des couches culotes une fois que ces enfants sont à la maison ; il y a aussi manque de formation spéciale aux éducateurs et les effectifs élevés de ces enfants sont des entraves importantes aux éducateurs.

Quant aux souhaits pour une meilleure éducation dans l'avenir les éducateurs proposent que suite à la sensibilisation, au niveau de tout le pays, sur l'arriération mentale, la population sache diagnostiquer elle-même l'arriération mentale ; recrutement d'un personnel compétant et implication des parents dans l'éducation de l'enfant arriéré mental.

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i

REMERCIEMENTS ii

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS iii

RESUME iv

TABLE DES MATIERES v

INTRODUCTION GENERALE 1

0.1. Justification du choix du sujet 2

0.2. Délimitation du sujet 3

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 5

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES 6

1.0. Introduction 6

1.1. Arriération mentale 6

1.2. Enurésie 7

1.3. Encoprésie 8

1.4. Prise en charge 9

1.5. Apprentissage 9

1.6. Education 9

1.7. Propreté sphinctérienne 10

1.8. Démence 11

1.9. Conlusion du chapitre 12

CHAPITRE II : GENERALITES SUR L'ARRIERATION MENTALE 13

2.0. Introduction 13

2.1. Les formes d'arriération mentale 13

2.1.1. Arriération mentale sévère ou idiotie 13

2.1.2. Arriération mentale moyenne ou Imbécilité 14

2.1.3. Arriération légère ou débilité 14
2.2. Causes de l'arriération mentale 14
2.2.1. Les facteurs génétiques 15
2.2.2. Les facteurs secondaires 16
2.3. Difficultés liées à l'arriération mentale 21
2.3.0. Introduction 21
2.3.1. Difficultés liées à l'éducation scolaire 21
2.3.2. Les arriérés mentaux et le marché de travail 22
2.3.3. Conclusion du chapitre 23
CHAPITRE III : PROPRETE SPHINCTERIENNE 24
3.0. Introduction 24
3.1. L'âge normal auquel l'enfant apprend la propreté 24
3.2. Détection de la période critique d'apprentissage de propreté. 25
3.3. Propreté chez les enfants déficients mentaux 25
3.4. Les différentes méthodes d'apprentissage de la propreté 26
3.4.1. La méthode « sans filet » 26
3.4.2. La méthode Laurence Pernoud 26
3.4.3. La méthode des « 3X3 » 27
3.4.4. La méthode Huggies® Pull-ups® 27
3.4.5. Conclusion du chapitre 28
CHAPITRE IV : DESCRIPTION DU CENTRE AKAMURI 29
4.0. Introduction 29
4.1. Les objectifs du centre 29
4.2. Historique et philosophie du centre 29
4.3. Organigramme du Centre AKAMURI 31
4.4. Les structures du centre Akamuri 32
4.4.1. Le service éducatif et rééducatif de la petite enfance. 32

4.4.2. Structure scolaire 32
4.5. Les ressources du Centre AKAMURI 34
4.5.1. La participation financière des parents 34
4.5.2. Autres financements 34
4.5.3. Conclusion du chapitre 35
CHAPITRE V: PROBLEMATIQUE 36
5.0. Introduction 36
5.1. Problématique de la recherche 36
5.2. Les objectifs de recherche 39
5.2.1. Objectif général 39
5.2.2. Les Objectifs spécifiques : 39
5.2.3. Conclusion du chapitre 39
CHAPITRE VI : DEMARCHE METHODOLOGIQUE 40
6.0. Introduction 40
6.1. Terrain et population d'enquête 40
6.1.1. Terrain d'enquête 40
6.1.2. Population d'enquête 40
6.2. Technique de choix des enquêtés 40
6.3. Méthode et techniques de recherche 41
6.3.1. Méthode de recherche 41
6.3.2. Techniques de recherche 42
6.4. Travail de terrain 43
6.4.1. La préenquête 43
6.4.2. Enquête 44
6.4.3. Conclusion du chapitre 45

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS 46

CHAPITRE VII : PRESENTATION DES CAS 47

7.0. Introduction 47

7.1. Cas BU 47

7.2. Cas MI 49

7.3. Cas MPA 51

7.4. Cas IRA 52

7.5. Cas MO 53

7.6. Conclusion 55

CHAPITRE VIII : STRATEGIES D'APPRENTISSAGE A LA PROPRETE A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE 56

8.0. Introduction 56

8.1. Conditionnement 56

8.2. Ne pas mettre les couches-culottes 57

8.3. Exercices de psychomotricité 58

8.3.1. Psychomotricité 59

8.3.2. Apprentissages par des gestes 61

8.3.3. Conclusion du chapitre 63

CHAPITRE IX : DIFFICULTES PAR RAPPORT A L'ENTRAINEMENT A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE 64

9.0. Introduction 64

9.1. Difficultes liees Environnement social de l'enfant 64

9.1.1. Surprotéction de L'enfant arriéré mentale 65

9.1.2. Le laxisme 66

9.1.3. Port des couches-culottes 67

9.2. Manque de formation spéciale aux éducateurs 67

9.3. Effectifs élevés d'enfants 69

9.4. Conclusion du chapitre 69

CHAPITRE X : PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE EDUCATION A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE 70

10.0. Introduction 70

10.1. Diagnostic précoce du handicap mental. 70

10.2. Recrutement d'un personnel compétent. 70

10.3. Implication des parents dans l'éducation des enfants arriérés mentaux 71

10.4. Augmentation des centres de prise en charge 73

10.5. Sensibilisation de la population sur le handicap mental 73

10.6. Conclusion du chapitre 74

CONCLUSION GENERALE 75

BIBLIOGRAPHIE 78

ANNEXES 81

INTRODUCTION GENERALE

Depuis longtemps, des personnes arriérées mentales ont toujours existé et ont fait l'objet d'opinions diverses et divergentes dans les familles du fait que l'origine de l'arriération mentale reste méconnue. Certaines sociétés considéraient les enfants arriérés mentaux comme ayant été attaqués par les démons et les marginalisaient. L'arriération mentale a été différemment considérée dans le temps et dans l'espace. Ainsi, MISES indique[1] que dans l'antiquité, ce sont les Egyptiens et les Grecs qui attirent notre attention en ce qui concerne les sujets dits imbéciles, arriérés, fous. En Egypte de telles personnes étaient divinisées tandis qu'en Grèce on s'efforçait de les faire disparaitre. Les percepts de Sénèque étaient, on ne peut plus clairs et expéditifs, en ce qui a trait aux déficients intellectuels. En effet, l'enfant débile et anormal qui était comparé aux animaux farouches et indomptables, la noyade semblait le seul remède efficace. MISES en citant Sénèque précise que « (...) *ce n'est pas de la colère mais la raison qui nous invite à séparer les parties saines de celles qui peuvent les corrompre.*»[2]

A Rome, il était recommandé de faire disparaître, au plus vite, les enfants mal conformés ou « *monstrueux*». En général, les romains considéraient la mère comme responsable de la déficience mentale ou des malformations de l'enfant. De tels enfants étaient mis à mort ou simplement soumis à purification. Cette purification fut un rituel romain qui consistait à « *laver* »de « *la souillure* » chez les enfants nés déficients mentaux.

Après un long moment de l'ignorance vis-à-vis des origines des déficiences mentales, les scientifiques (psychiatres, psychologues, physiologistes,...) sont arrivés à découvrir peu à peu les causes, bien que ce n'aient été toutes, de l'arriération mentale et ont, dès lors, cherché les moyens pour faire face à ce problème. De ce fait, ils ont créé des écoles spéciales propres aux enfants déficients mentaux ainsi que les centres médico-pédagogiques pour leur prise en charge.

Ainsi, comme les enfants arriérés mentaux ne sont pas capables d'apprendre des choses complexes, leur éducation doit toujours être focalisée aux connaissances élémentaires de la vie sociale comme la propreté, l'habillage, l'alimentation, la maîtrise de l'horaire, etc.

---

[1] MISES, R., L'enfant déficient mental, Paris, PUF, 1975, p.14.
[2] MISES, R., Idem.

Toutefois, la surprotection de l'enfant arriéré mental doit être évitée car, bien que arriéré mental, il incarne des potentialités certes minimes nécessitant une éclosion.

S'inscrivant en faux contre la surprotection, CUILLERET précise '*«...Qu'il ne faut jamais sous-estimer l'enfant, on peut et on doit lui demander clairement ce que l'on attend de lui et il faut qu'il le réalise. Il ne faut ni « terrorisme » ni « laxisme »mais de fermes exigences clairement exprimées et maintenues, et surtout éviter toute surprotection.*»[3]

Notre sujet est intitulé : *« Apprentissage à la propreté sphinctérienne chez les enfants arriérés mentaux du centre Akamuri »*. Au centre Akamuri sis à Jabe en commune Bwiza, les enfants déficients mentaux sont éduqués dans beaucoup de domaines, et ce, selon le degré de handicap. Parmi ces domaines de prise en charge, on peut citer entre autres: la kinésithérapie qui assure la rééducation motrice ; La classe maternelle qui aide les enfants arriérés mentaux à trouver leur autonomie personnelle (ex.la propreté sphinctérienne) ; la classe préparatoire qui essaie d'adapter le programme normal d'enseignement aux jeunes déficients mentaux ; le groupe d'adolescents et adolescentes pour la formation professionnelle et culturelle. Notre regard particulier va être mis sur la façon dont les enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas leurs sphincters apprennent à être propres.

0.1. Justification du choix du sujet

D'aucuns pourraient se demander ce qui nous a poussé à travailler sur ce sujet plutôt que sur un autre. Le choix d'un tel sujet n'a pas été guidé par le hasard. Notre ambition de recherche sur ce sujet a été occasionnée par le cours de « *Problème médico-psychopédagogique des handicapés* ». Ce cours a été le mobile de l'intérêt que nous avons aujourd'hui à savoir beaucoup plus sur les arriérés mentaux. Après avoir rendu visite à une famille qui avait un enfant arriéré mental et ayant constaté comment celui-ci constituait une « *lourde charge* » pour ses parents et ses grandes sœurs qui le prenaient en charge, nous avons été motivé à travailler sur ce sujet pour savoir la manière dont le centre AKAMURI prend en charge les enfants arriérés mentaux.

---

[3] CUILLERET, M., Les trisomiques parmi nous ou les mongoliens ne sont plus, Villeurbanne, Simep, 1981, p.98.

0.2. Délimitation du sujet

Il s'avère pratiquement impossible de parcourir tous les aspects jalonnant l'arriération mentale. Ainsi, cette recherche va se pencher sur les difficultés rencontrées par les éducateurs des enfants arriérés mentaux ne maitrisant pas les sphincters lors de l'apprentissage de la propreté sphinctérienne.

Nous ne sommes pas le premier à faire une recherche sur l'arriération mentale et la prise en charge des enfants arriérés mentaux ; il y a d'autres recherches déjà effectuées en matière de l'arriération mentale. Les recherches antérieures ont mis l'accent sur la prise en charge des enfants arriérés mentaux en général sans toutefois mettre toucher la propreté sphinctérienne. Ainsi, la problématique de la prise en charge psychosociale des handicapés mentaux en milieu institutionnel de NZORUBARA[4] qui visait à observer, explorer et analyser ce qui se fait à l'égard de l'individu porteur de la trisomie 21 pour le rendre plus autonome, plus intégré dans la société, et par conséquent, utile à lui-même, à sa famille et à la société toute entière.

La problématique de la prise en charge des handicapés mentaux de NDUWIMANA[5]. L'étude portait sur les problèmes liés à la réadaptation psychomotrice et à la rééducation des enfants IMC. La visée principale de l'étude était de cerner les difficultés rencontrées par le centre AKAMURI dans la réadaptation et la prise en charge des enfants infirmes moteurs cérébraux (IMC).

L'analyse critique de l'action éducative menée auprès des enfants déficients mentaux en milieu institutionnels burundais de BITIREMAZA[6] visait connaître le pas déjà franchi en matière de l'éducation et de la prise en charge des enfants déficients mentaux au Burundi.

La contribution des parents dans la prise en charge des enfants handicapés mentaux a été étudiée par KWIZERA[7].

---

[4] NZORUBARA, J., Problématique de la prise en charge psychosociale des handicapés mentaux en milieu institutionnel, Mémoire inédit, UB., FPSE, 2004.
[5] NDUWIMANA, S., Problématique de prise en charge des handicapés mentaux en milieu institutionnel, Mémoire inédit, UB., FPSE, 2011.
[6] BITERIMAZA, J., Analyse critique de l'action éducative menée auprès des enfants déficients mentaux en milieu institutionnel, Mémoire inédit, UB., PSE, 1996.
[7] KWIZERA, S., Contribution des parents dans la prise en charge des handicapés mentaux en milieu institutionnel, Mémoire inédit, UB., FPSE, 2006.

La naissance d'un enfant déficient mental suscite des réactions très diverses. Les parents sont assaillis par différents sentiments comme par exemple la culpabilité, l'anxiété, angoisse, etc. Ces sentiments ont des répercussions sur la prise en charge de l'enfant par sa famille.

Le vécu psychosocial d'un couple ayant un enfant déficient mental de HAGERIMANA[8].Tenant compte de l'importance accordée à l'enfant dans la société Burundaise, l'auteur a voulu explorer l'image de soi d'un couple dont l'enfant est déficient mental.

Notre étude s'inscrit aussi dans le cadre de la prise en charge des enfants arriérés mentaux. La valeur ajoutée par rapport à ce qui est déjà connu sur l'arriération mentale est la découverte des difficultés que rencontrent les éducateurs des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters au sein du centre AKAMURI, lorsque ces derniers apprennent à être propres. Toutes ces études déjà réalisées se rapportent sur les enfants arriérés mentaux mais la spécificité de notre étude réside sur la façon dont les enfants ne maîtrisant pas les sphincters sont pris en charge et les difficultés que rencontrent les éducateurs en cette matière d'éducation à la propreté.

[8] HAGERIMANA, J., Le vécu psychosocial d'un couple ayant un enfant déficient mental. Mémoire inédit, UB., F PSE, 2010.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES

1.0. Introduction

Pour éviter des confusions quant à l'interprétation de certains termes-clés qui seront fréquemment utilisés, et comme un mot n'a de sens que dans un contexte bien déterminé, il s'avère utile de les définir selon le sens dans lequel nous allons les utiliser. Ces termes sont: arriération mentale, énurésie, encoprésie, Prise en charge, apprentissage, éducation à la propreté sphinctérienne, période critique, démence.

1.1. Arriération mentale

Le concept arriération mentale a connu diverses définitions. Depuis 1950, ce concept a commencé à être défini selon le critère niveau intellectuel et adaptation sociale. NDAYISABA et DE GRANMONT[9] citant GROSSMAN, lui aussi cité par GOUPIL définit l'arriération mentale comme étant « *un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne et en fonction de déficits dans le comportement adaptatif* »[10].

Ce fonctionnement est associé à la maturation, à l'apprentissage et à d'adaptation sociale. L'arriération mentale signifie donc un retard de développement intellectuel se situant en dessous de la "*normale* ». En effet, l'arriération mentale se mesure à l'aide du quotient intellectuel (Q.I) établi par le test d'Alfred Binet et Simon Théodore.

$$\text{Q.I}= \left(\frac{Age\ mental}{Age\ réel}\right) \times 100$$

Soulignons donc qu'il n'y a pas, jusqu' aujourd'hui, de consensus sur le terme à utiliser entre l'arriération mentale, handicap mental, Oligophrénie, retard mental, déficience intellectuelle ou mentale,... La définition de l'un de ces concepts est presque similaire aux autres. Par exemple MICHELET et GAUQUELIN définissent l'arriération mentale comme étant : « *l'insuffisance du développement intellectuel qui met le sujet en état d'infériorité par rapport à son entourage sous l'angle d'adaptation sociale* »[11].

---

[9] NDAYISABA, J. et DE GRANDMONT, N., Les enfants différents, Québec, Les éditions logiques, 1999, p.205.

[10] GOUPIL, G., Les élèves en difficulté d'apprentissage et d'adaptation, Québec, Gaëtan Morin, 2007, p.234.

[11] MICHELET, A et GAUQUELIN, F., La psychologie moderne de A à Z, Paris, P.U.F, 1971, p.74.

Le handicap mental est donc un trouble généralisé perçu à l'enfance caractérisé par un déficit et un dysfonctionnement cognitifs.

L'Organisation Mondiale de la santé (OMS), dans sa classification internationale des maladies (CIM-10), définit l'arriération mentale comme étant : *« Un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales »*[12]
Et cela peut toucher le développement économique de la famille puisque l'enfant inapte constitue une charge même à l'âge où il devrait avoir acquis sa propre autonomie.

1.2. Enurésie

L'énurésie est une pathologie qui est occasionnée par les troubles sphinctériens chez l'enfant qui fait qu'il urine dans ses habits ou au lit. Nous lisons dans l'univers de la Psychologie que *: « l'énurésie est une miction active et complète, involontaire survenant souvent au cours du cubitus somnique »*[13]. Elle peut donc avoir de multiples origines, y compris des conditions affectives ou physiologiques.

L'énurésie peut être primaire ou secondaire. Elle est primaire quand l'enfant n'a jamais été propre depuis sa naissance c'est-à-dire quand l'enfant dépasse l'âge normal de l'acquisition de la propreté (2 à 4ans) et c'est à partir de cette période que la miction dans les habits peut prendre le nom de l'énurésie primaire. Elle est, par contre, dite secondaire quand l'enfant a été propre pendant une certaine période mais à un certain moment il n'est plus propre et les causes peuvent en être diverses. D'après DESPINOY : *« le contrôle sphinctérien nécessite un certain degré de maturation et de croissance psychique, il est aussi l'aboutissement de cette part des transactions mère-enfant qui, depuis la première année concerne les fonctions d'élimination »*[14].

L'énurésie est fréquente dans des familles désorganisées, qui sont dans des conditions socio-économiques défavorables, familles qui déménagent souvent, chez les enfants abandonnés,...Lorsque toutes ces conditions défavorables se réunissent, l'enfant risque de ne

[12] www.oms.int/fr/.
[13] Univers de Psychologie, V1, Paris, Lidis, p.33.
[14] DESPINOY, M., Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, Armand Colin, 2008, p.123.

pas se développer normalement, d'où la présence de certaines pathologies comme l'énurésie dont il est question ici.

DESPINOY[15] propose des mesures éducatives pour traiter l'énurésie: réveil nocturne après minuit, la réduction des liquides après seize heures, les conditions d'endormissement pour s'assurer du calme et du sentiment de sécurité de l'enfant, il importe que l'enfant se sente responsable de son traitement et quand son âge le permet on propose de noter ses échecs et ses réussites.

1.3. Encoprésie

C'est un trouble tant psychologique que physiologique qui fait que l'enfant fait ses grands besoins dans ses habits ou au lit.

Selon DESPINOY *« l'encoprésie est définie comme l'émission des selles répétée, volontaire ou involontaire, dans des conditions inappropriées, qui se prolonge au-delà de l'âge de trois ans».*[16]

L'encoprésie peut avoir pour cause l'atteinte organique ou psychologique. Il faudra ajouter que l'encoprésie peut revêtir une forme primaire ou secondaire; mais c'est ce dernier cas qui est plus fréquent contrairement à l'énurésie. L'encoprésie, comme l'énurésie, est beaucoup plus fréquente chez les garçons (quatre pour un)

L'encoprésie peut marquer :

- ✓ Un défaut de l'organisation du soi et de l'équilibre du psychisme;
- ✓ Une difficulté à opérer les clivages qui permettent à trier les productions du corps à éliminer ;
- ✓ Une prédominance des angoisses schizo-paranoïdes qui ne permet pas de faire des cadeaux, l'angoisse dépressive ne peut être affrontée ;
- ✓ Des angoisses de séparation et de contraction intense: l'objet anal ne peut être abandonné.

En fait l'encoprésie s'insère dans des contextes des histoires familiales et des personnalités très diverses. Le conflit entre la mère et l'enfant est souvent la cause la plus fréquente de l'encoprésie.

---

[15] DESPINOY, M., op. cit, p.126.
[16] DESPINOY, M., op. cit, p.25.

1.4. Prise en charge

En parlant de la prise en charge MUCCHIELLI dit qu'il s'agit *« d'une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adapte pas normalement.»*[17] La prise en charge est donc une action humanitaire exercée par une institution, une famille ou un groupe de personnes à l'égard des personnes en difficultés d'adaptation. Elle rentre dans le cadre des devoirs sociaux et touche les différents domaines de la vie. Cette prise en charge doit viser le développement harmonieux de l'enfant afin qu'il puisse voler de ses propres ailes. Un enfant arriéré mental a donc besoin d'une personne qui le prend en charge, car il ne maîtrise pas les activités élémentaires de la vie. La prise en charge est donc d'assister quelqu'un pour l'aider à réaliser certaines fonctions dont il n'est pas capable.

1.5. Apprentissage

Le dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation stipule que *« l'apprentissage (Learning en Anglais) est une acquisition d'une conduite nouvelle, capacité de pratiquer un comportement nouveau ou une manière d'être nouvelle »*[18]. Du point de vue psychologique, apprendre c'est établir une relation entre un stimulus et une réponse de telle sorte que lorsque ce stimulus se présente à nouveau le sujet fournisse à nouveau la même réponse. La mémoire y joue un rôle déterminant.

1.6. Education

Avec le temps le mot éducation a été l'objet de plusieurs définitions. Pour le cas qui nous concerne nous allons épouser la définition de LAENG qui dit que l'éducation *«est une activité intentionnellement destinée à favoriser le développement de la personne humaine et son intégration dans la vie de la société»*[19]. L'éducation vise à assurer à un individu le développement de toutes ses capacités (physiques, intellectuelles et morales). Ainsi, cette éducation lui permettra d'affronter sa vie personnelle, de la gérer en étant un citoyen responsable dans la société dans laquelle il évolue.

---

[17] MUCCHIELLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, connaissances du problème, Paris, Armand Colin, 1987, p.11.

[18] Le dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Paris, Lidis, 1996, p.70.

[19] LAENG, M., Vocabulaires de Pédagogie moderne. Paris : Le Centurion, 1974, p.127

1.7. Propreté sphinctérienne

Le concept « propreté sphinctérienne » est complexe car il est composé de deux mots propreté et sphincter. La propreté peut se définir comme étant l'absence de salissure incluant la poussière, tache, mauvaise odeur, etc. La propreté est donc un concept multidimensionnel, elle a un champ d'utilisation très vaste et peut être utilisé différemment selon le domaine dans lequel on le place. Quand les deux mots sont liés le concept propreté est orienté dans un seul sens.

On dit que l'enfant a acquis la propreté sphinctérienne quand il perçoit de lui-même son besoin, c'est-à-dire sensation d'inconfort et qu'il en a conscience, c'est-à-dire que ce n'est plus un réflexe, qu'il est capable d'aller tout seul aux toilettes ou sur le pot ou de le demander s'il est dans un endroit inconnu, puis de relâcher pour se soulager, (maturité intellectuelle), qu'il peut se retenir en contractant les sphincters (maturité physiologique), qu'il a eu une affection de la part de sa mère ou son substitut car le manque d'affection peut empêcher le développement physiologique, par conséquent, intellectuel et affecte le comportement de l'enfant.

Telles sont les trois conditions qui doivent se réunir pour que l'enfant acquière, sans encombre, la propreté sphinctérienne. A ce moment-là, on peut parler de propreté acquise car il n'y a plus d'intervention d'adulte.

En effet, la véritable propreté ne peut être obtenue que si l'enfant a atteint un stade de maturation nerveuse rendant possible le contrôle sphinctérien. Il est, de ce fait, contre-indiqué de vouloir que l'enfant devienne propre à tout prix car, dans tous les cas de figures, la réprimande et le fait de forcer l'enfant à utiliser le pot sont des comportements à bannir puisque cela peut générer des troubles de personnalité chez l'enfant.

Les parents qui donnent des fessés à leurs enfants pour les forcer d'aller sur le pot, risquent de les faire régresser. En définitive, les sphincters sont les muscles qui commandent l'ouverture de la vessie et du rectum.

1.8. Démence

La démence (du latin « *demens* » signifiant « *folie* ») est une sérieuse perte ou réduction des capacités cognitives suffisamment importantes pour retentir sur la vie d'un individu et entraîner une perte d'autonomie.

Les fonctions cérébrales particulièrement atteintes peuvent être la mémoire, l'attention et le langage. Elle peut être temporaire suite à une lésion cérébrale majeure ou à un déclin psychologique à long-terme. Parlant de la démence REY dit *« qu'on ne parle d'état démentiel qu'à propos d'enfants ayant au moins un niveau de trois ans et qui régresse à partir de ce stade. »*[20] Le terme démence en médecine est un terme technique qui ne doit pas être confondu avec la signification commune dans le langage courant (folie furieuse), elle est synonyme de neurodégénerescence. Elle est classiquement définie comme un affaiblissement psychique profond, global et progressif qui altère les fonctions intellectuelles fondamentales et désintègre les conduites sociales ; elle atteint la personnalité en ce qui est du raisonnement, c'est-à-dire dans le système de ses valeurs logiques, de connaissances, de jugement et d'adaptation au milieu social. L'arriération mentale et la démence sont des notions qui sont souvent confondues. REY[21] dit que la maladie peut avoir pour effet d'arrêter le développement : l'individu demeure alors fixé au niveau atteint et les progrès ultérieurs ne dépendent que des acquisitions compatibles avec le degré de déficience mentale atteint au moment de l'accident. Mais il se peut que l'enfant arrêté à un certain moment de son développement, régresse vers un niveau plus bas que celui qu'il avait atteint. Dans ce cas le processus pathologique responsable continue à évoluer en déterminant des symptômes de détérioration mentale de plus en plus grave. Pratiquement l'enfant présentera des signes d'arriération mentale toujours plus accusés. Du point de vue pathologique c'est un « détérioré » ; lorsque la détérioration réduit considérablement l'efficience mentale antérieure, on parle de l'état démentiel.

REY (1967) indique également la démence peut surgir à la suite de certaines encéphalites et accompagner quelquefois le développement des tumeurs cérébrales. La démence de Heller apparaît vers trois ou quatre ans chez un enfant normal et évolue vers un état de stupidité avec conservation du faciès intelligent.

---

[20] REY, A., Arriération mentale et premiers exercices éducatifs, Neuchatel, Delachaux et Niestlé, 1967, p.30.
[21] REY, A., op. cit., p.36.

Il existe encore une démence épileptique qui devient rare depuis que l'on possède des médicaments spécifiques ; la régression mentale s'observe alors surtout dans les cas où les crises sont rapprochées.

Il reste souvent moins facile de les distinguer sauf quand on est en disposition du dossier expliquant l'étiologie du problème de tout en chacun. La différence restant que le dément a été intelligent pendant une certaine période, c'est-à-dire qu'il avait un niveau intellectuel acceptable par la norme (supérieur ou égal à cent), mais à une certaine période son intelligence a régressé jusqu'à se trouver en dessous de la moyenne tandis que l'arriéré mentale l'a été toujours.

1.9. Conclusion du chapitre

Elucider tous les concepts qui seront utilisés au cours de notre travail est pratiquement impossible. Nous avons choisi les concepts qui sont susceptibles d'être compris différemment et ainsi gêner le lecteur dans la compréhension de la présente recherche. Ces concepts sont un guide important dans la compréhension du contenu de cette recherche dans son entièreté. Le chapitre suivant va concerner la mise au clair de quelques généralités sur l'arriération mentale.

CHAPITRE II : GENERALITES SUR L'ARRIERATION MENTALE

2.0. Introduction

Avant de nous lancer dans cette recherche sur l'apprentissage de la propreté sphinctérienne chez les enfants arriérés mentaux, il s'avère nécessaire d'avoir quelques notions sur l' « *arriération mentale* ». Ainsi, du point de vue médical, on parle d'oligophrénie pour signifier l'arriération mentale ou déficience intellectuelle. Dans le temps, ce terme « *Oligophrénie* » était utilisé pour dire une déficience mentale sans causes connues.

C'est à partir du quotient intellectuel (Q.I) établi à partir du test de Binet et Simon qu'on mesure le niveau de l'intelligence des individus et la moyenne est limitée de cent à septante pour les personnes normales. Pour calculer le quotient intellectuel, on prend l'âge mental de l'individu divisé par son âge réel. Quelques fois on multiplie ce quotient par cent mais c'est tout simplement pour éviter les décimales. En guise d'exemple un enfant de 10 ans peut réussir un test réservé aux enfants de 14 ans. Ici donc son âge mental est de 14 ans et son quotient intellectuel est de (14ans/10ans) X100=140.

2.1. Les formes d'arriération mentale.

Il existe d'après NDAYISABA et DE GRANDMONT[22] trois principales catégories d'arriération mentale qui sont les suivantes :

2.1.1. Arriération mentale sévère ou idiotie

Avec un quotient intellectuel ne dépassant pas celui d'un enfant de 2ans à 3ans (Q.I=20 ou 25), les « idiots » sont des infirmes mentaux avec d'importantes déficiences organo-végétatives, instinctives et sensori-motrices. Ils ont une vie de relation très réduite, l'absence de langage, d'adaptation émotive, d'adaptation motrice, d'adaptation à la situation et aux objets.

[22] NDAYISABA, J et De GRANDMONT, N. Op. cit. p.58.

2.1.2. Arriération mentale moyenne ou Imbécilité

Les limites du quotient intellectuel se situent entre 25 et 49. Les signes d'imbécilité ou la déficience moyenne sont visibles depuis la petite enfance. Le sujet est capable de résoudre des problèmes concrets, simples, la parole et la propreté sont acquises. L'enfant est incapable d'une scolarité et plus tard de vivre librement sans assistance. Le déficient intellectuel moyen se heurte, d'après NDAYISABA et De GRANDMONT[23] à deux problèmes majeurs: Il a du mal à généraliser ses acquisitions et il n'a peu, voire pas du tout de discernement

2.1.3. Arriération légère ou débilité

L'arriération légère ou simple caractérise des sujets dont l'infériorité intellectuelle est assez réduite pour ne pas frapper l'entourage et pour demander des méthodes objectives d'évaluation. Leur intelligence présente les caractères structuraux de la pensée enfantine avant 9-10ans. Chez de tels enfants il y a prédominance des fonctions d'acquisition sur les fonctions d'élaboration, de la pensée sensu-actorielle (concrète et pratique) sur la pensée linguispéculative, de l'égocentrisme sur l'objectivité.

Le quotient intellectuel d'un débile se situe entre 50 et 69. Le débile ne peut pas dépasser l'âge mental d'un enfant de 10 à 12 ans. Il existe deux sortes de débilité :

- ✓ Les débiles dits harmoniques: ont des troubles de caractère, ils sont paisibles, sociables et adaptés.
- ✓ Les débiles dits dysharmoniques: En plus de leur insuffisance mentale, ils présentent des troubles du comportement. Ils réagissent par agressivité et par opposition.

2.2. Causes de l'arriération mentale

Les causes de l'arriération mentale sont très diverses et il est pratiquement difficile de les mettre au grand jour toutes. Les unes sont primaires c'est-à-dire en dehors de toute notion de facteurs environnementaux, les autres sont des facteurs secondaires c'est-à-dire des accidents se produisant au fœtus dès la conception jusqu' à la petite enfance.

---

[23] NDAYISABA, J et De GRANDMONT, N. Op. Cit. p.58.

2.2.1. Les facteurs génétiques

Ce sont, d'après KOHLER[24], des facteurs génétiques ou endogènes qui se transmettent des parents à l'enfant. On peut citer en guise d'exemple les aberrations chromosomiques et les erreurs innées de métabolisme. Il faudra savoir le caractère d'interactivité entre ces deux facteurs qui peut faire à ce que l'on confonde l'activité de l'un pour l'autre.

En complément, KOHLER[25] donne quelques cas où la déficience intellectuelle est héréditaire :

- Trisomie 21 :C'est-à-dire qu'il existe une non-disjonction du chromosome au cours de la méiose de l'oogenèse. La trisomie 21 a des caractéristiques morphologiques qui sont entre autre le faciès particulier dit « lunaire », une hyper laxité ligamentaire, des malformations cardiaques, une hypothyroïdie, etc. Comme le chromosome 21 assure la synthèse d'enzymes permettant l'utilisation du tryptophane, acide aminé indispensable à la croissance, avec une trisomie 21 ces enzymes en excès accroitraient la dégradation du tryptophane dans cette voie et sa diminution dans les autres, en particulier dans la synthèse des produits dans la série sérotonine dont on commence à connaitre le rôle dans les métabolismes cérébraux ;
- Idiotie amaurotique familiale qui correspond à un trouble métabolique important des graisses et qui semble bien due à un gène unique et « récessif » ;
- Oligophrénie phénylique : ce sont les matières azotées qui sont perturbées dans leur cycle. C'est une maladie rare et individualisée en Norvège ;
- Trisomie 13 et 18 connue sous le nom de syndrome de Patau et d'Eduards. Ce sont donc des anomalies portant sur d'autres autosomes qui sont à l'origine de l'oligophrénie plus ou moins profondes ;
- Trisomie 22 ou mosaïcisme diplo-22, triplo-22 ont été trouvés dans certains cas de débilité mentale congénitale Polyploïdie/Triploïdie ou bien mosaïque diploïdie, triploïdie. En fait, de tels cas sont rarement compatibles avec la vie. Un cas de tétraploïdie à 99 chromosomes a été signalé dans un cas atypique de syndrome de Klinefelter.

---

[24] KOHLER, C., op. cit. p.63.
[25] KOHLER, C., op. cit., p.64.

- Le syndrome de klinefelter (constitution XXY) ou dérivés et le syndrome de Turner (constitution X° ou mosaïque) s'accompagnent dans un certain nombre de cas de troubles, habituellement discrets, du développement intellectuel.
  Par contre les débilités mentales plus importantes semblent nettement fréquentes dans les syndromes triplo-X (XXX) et dérivés (XXXX ou XXXXX) ;

- Le syndrome de Triplo-x(XXX) et dérivés (XXXX ou XXXXX) : est une anomalie chromosomale neuploïdique caractérisée par la présence d'un chromosome X supplémentaire dans chaque cellule d'une femme. Cette anomalie paraît au cours de la méiose.

Toutefois, la complexité de ces facteurs endogènes réside dans le fait que toutes ces anomalies n'ont pas les mêmes effets chez tous les sujets et d'autre part, ils comportent beaucoup d'inconnues somatopsychiques.

2.2.2. Les facteurs secondaires

Les facteurs secondaires dits aussi exogènes peuvent se produire dès le stade embryonnaire jusqu'à la fin de la petite enfance. Les facteurs exogènes correspondent donc à des lésions c'est-à-dire hémorragies ou infections qui arrêtent le développement du cerveau. Ces facteurs sont dits exogènes par le seul fait qu'ils surgissent après la naissance.

Les déficiences intellectuelles secondaires sont, d'après Köhler., (op.cit), plus graves que les déficiences intellectuelles primitives et ces premières vont dépendre de plusieurs facteurs notamment : la localisation anatomique de la lésion, l'évolution de celle-ci, l'âge auquel elle est survenue, le terrain sur lequel elle se développe c'est-à-dire la constitution génétique. Ainsi, on distingue trois sortes de facteurs: facteurs prénataux comme les intoxications maternelles et les facteurs psychologiques pendant la grossesse..., périnataux comme la privation d'oxygène du nouveau né (anoxie) et postnataux comme les séquelles méningo-encéphalites.

- **Les facteurs prénataux**

Les conditions anormales de la grossesse, la maladie hémolytique, les intoxications maternelles, les facteurs psychologiques pendant la grossesse, etc.

- **Les facteurs liés à la grossesse**

Selon KOHLER,[26] les conditions anormales de la grossesse font partie des domaines mal explorés. Certes, des cas comme les grandes arriérations observées après que la mère a subi, pendant sa grossesse, de la radiothérapie, sont frappants, de même que les suites d'un traumatisme abdominal maternel grave. Par contre, les conséquences du placenta praevia ou des décollements placentaires et qui amènent une insuffisance permanente de la circulation fœtale sont fréquentes et mal connues. De même à un stade très précoce les tentatives d'avortement ont leur place importante sur le risque du fœtus de naitre avec une arriération mentale.

- **La transmission d'une infection maternelle à l'embryon ou au fœtus**

Selon KOHLER[27], la syphilis est un exemple de maladie qui peut générer une pathologie chez le fœtus si la mère porteuse est enceinte. Elle peut entraîner une arriération mentale chez l'enfant. En fait actuellement, soit qu'elle disparaisse effectivement, soit que le diagnostic en soit à la fois plus rigoureux et plus précoce, sa place dans les causes des déficiences intellectuelles est certainement réduite (1%).

Par contre, des causes auparavant inconnues commencent à tenir le devant de la scène. C'est le cas de la rubéole qui après avoir fait des ravages en Australie, reste cependant une rareté en Europe avec ce tableau de malformations multiples, oculaires en particulier. C'est également le cas de la toxoplasmose, due à un parasite habituel des animaux et qui, infection inapparente de la mère, tue ou touche gravement l'enfant qu'elle porte. Si celui-ci survit, il s'agit généralement de grands arriérés avec microcéphalie, calcifications intracrâniennes radiologiquement visibles, lésions oculaires spécifiques et modifications humorales décelables par le laboratoire.

- **La maladie hémolytique**

Elle résulte de l'incompatibilité entre les caractères sanguins du fœtus porteur d'un « facteur rhésus » dont le sang dépourvu de ce facteur, s'y sensibilise et détruit les globules fœtaux.

---

[26] KOHLER, C., op. cit., p.65.
[27] KOHLER, C., op. cit., p.67.

A côté d'une mortinatalité considérable, elle a aussi pour conséquence des déficiences intellectuelles avec symptomatologie motrice importante par atteinte des noyaux gris centraux : c'est l'ictère nucléaire.

- **Les intoxications maternelles**

Elles retentissent forcément sur l'enfant et sont à l'origine de formes graves de déficiences intellectuelles ou de types assez particuliers de celle-ci, à l'exemple de l'arriération avec instabilité. C'est un problème de sensibilité embryonnaire et de localisation dans le temps, mais l'expérimentation comparative s'est révélée jusqu'ici délicate et somme toute décevante car les effets ne sont pas les mêmes ou ne se manifestent pas au même degré sur les mêmes femmes qui prennent du cannabis, cocaïne, alcool,...

- **Facteurs psychologiques durant la grossesse**

Ces sont des facteurs très déterminants en ce qui concerne l'état mental de l'enfant C'est-à-dire que l'état mental de la mère lui-même qui semble avoir une importance non point en tant que tel, mais en tant qu'annonciateur de la transmission d'hérédité vésanique. C'est autant dire que l'état psychologique de la mère enceinte a, à coup sûr, des répercussions sur le mental de l'enfant même s'il s'avère difficile d'en apprécier l'importance par rapport à d'autres éléments.

❖ **Les facteurs périnataux**

Les facteurs périnataux sont des facteurs qui surviennent au moment de la naissance ou juste à une période qui précède directement la naissance. Parmi ces facteurs on peut citer la privation d'oxygène (anoxie) à laquelle le nouveau-né oppose une résistance relative mais limitée qui amène d'autant plus facilement l'hémorragie ainsi que les facteurs de coagulation (vitamine K) qui sont souvent insuffisants à ce moment. D'où le rôle nocif des agents chimiques administrés à la mère; d'où aussi le handicap des prématurés du fait de leur immaturation. Donc les causes périnatales de l'arriération mentale sont les atteintes cérébrales mécaniques : hémorragies cérébromeningées.

A ce qui précède NDAYISABA et De GRANDMONT[28] ajoutent d'autres facteurs comme : la rupture prématurée du placenta, la torsion du placenta, une blessure cérébrale à la naissance et l'usage du forceps.

- **Les facteurs postnataux**

Parmi les facteurs postnataux d'une arriération mentale, ce sont D'après KHOLER, C., (op.cit) les séquelles méningo-encéphalites qui sont souvent évoquées. Elles sont souvent causées par des maladies éruptives comme la rougeole, la coqueluche, les pneumonies, etc. Les causes de l'arriération mentale survenant après la naissance peuvent être la maltraitance et la négligence auprès de l'enfant, le traumatisme crânien, absence de stimulation physique et sensorielle au cours de la petite enfance, carence affective, malnutrition, manque de sécurité, dévalorisation de l'image de soi avec possibilité de repli sur soi, etc.

Récapitulation des causes de la déficience mentale par KOHLER[29]

D.I (Déficience Intellectuelle) simples ou "essentielles"(probablement cadre d'atteinte)

D.I par atteinte génétique

- Chromosome
  - Autosome
    - trisomie21:mongolisme
    - trisomie16 ; 18,...
  - Chromosome sexuel (gonosome)
    - maladie de Klinefelter
    - maladie de Turner

[28] NDAYISABA, J., et De GRANDMONT, N., op. cit. p.88.

[29] KOHLER, C., op. cit. p.77.

- Génétiques
  - Enzymatique → perturbation du métabolisme des graisses, sucres, protides
  - Tissulaire
    - Atteinte rénale: maladie de Lowe
    - thyroïdiennes : goitres congénitaux
    - Ectodermiques: peau et œil / névraxe

D.I. secondaires:

- A une atteinte prénatale → Infection, intoxication, Incompatibilité sanguine fœto-maternelle, Traumatisme → maternelle
- A une atteinte périnatale
  - Anoxie → obstétricale
  - Infection
  - Organique → intoxication
- A une atteinte postnatale
  - Psychique
    - traumatismes crâniens
    - Carence ou perturbation grave des liens avec la mère
    - Séjour prolongé en institution
    - Carence "socioculturelle "importante et Prolongée

2.3. Difficultés liées à l'arriération mentale

2.3.0. *Introduction*

L'arriération mentale est l'état permanent et pas une maladie; c'est-à-dire que la déficience mentale est irréversible. Elle se caractérise chez la personne atteinte par l'incapacité de vaquer à certaines activités de la vie quotidienne comme: la vie sociale, la vie scolaire, la vie professionnelle. Toute proportion reste gardée en fonction du degré du handicap de toute en chacun.... LANG avance que: « *Les déficiences mentales sont des états de déficit psychique caractérisé par leur allure globale, la prédominance symptomatique de l'insuffisance intellectuelle, leur caractère précoce sinon congénital; la lenteur et la limitation du développement psychique par rapport aux enfants normaux, leur origine liée à une insuffisance du développement ou à des lésions du cortex* »[30]
Toutefois, l'arriération mentale n'est pas décelable uniquement par le quotient intellectuel mais également et surtout par l'inadaptabilité qui conditionne le diagnostic. Ce manque de développement intellectuel fait que l'enfant ne soit pas socialement intégré et vit aux dépens des autres personnes qui le prennent en charge quotidiennement.

Donc, l'enfant arriéré mental mène une vie difficile car, souvent il n'est pas compris dans la société et on blâme ses gestes car quelque fois on ne comprend pas son problème.

2.3.1. Difficultés liées à l'éducation scolaire

En dépit de la politique de l'UNESCO prônant l'éducation pour tous, bon nombre d'arriérés mentaux n'ont pas cette chance d'aller à l'école suite à leur handicap. Parler de la déficience mentale suppose la présence des limitations adaptatives ; souvent les gens pensent que les arriérés mentaux ne sont capables de rien.

Ainsi, l'école est le lieu privilégié des apprentissages fondamentaux et du vivre ensemble. L'enfant s'y voit proposer un ensemble d'activités cognitives et sociales dans le respect du programme officiel.

---

[30] LANG, G.L., Rééducation en externat-externats médico-pédagogiques, externats psychothérapeutiques, hôpitaux de jour, Paris, E.S.F, 1971, p.42.

Certains élèves éprouvent une certaine lenteur et des difficultés répétées à répondre aux tâches proposées par l'enseignant dans le temps et les conditions impartis, qui, à terme entraînent un retard effectif dans les acquisitions scolaires, difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision.

ROBAYE est du même avis et dit que: « *Même si l'enfant infirme moteur cérébral est intellectuellement « bien doué », ses progrès scolaires ne seront pas aussi rapides que ceux d'un enfant valide de même intelligence,...* »[31]

Comme les enfants déficients mentaux n'ont pas tous les mêmes degrés d'arriération, ils suivent des programmes différents et ces programmes concernent, comme vu précédemment, l'indépendance de l'enfant dans l'accomplissement des tâches élémentaires de la vie.

Tous ces programmes ne sont pas assimilés correctement suite aux difficultés d'apprentissage qu'a l'enfant car il éprouve des difficultés à organiser sa pensée, à établir des liens de causalité, à gérer ses actions, à mémoriser les informations, à fixer son attention, à s'exprimer et communiquer facilement (code de communication et de vocabulaire). Les difficultés de communication peuvent être observées dans différentes matières. Certains élèves ont des difficultés à orthographier ou a lire, d'autres sont malhabiles dans les activités en sciences, en Anglais ou encore en arts plastiques, etc. Tout individu étant singulier, chacun présente des capacités et des difficultés propres, d'où la nécessité d'adapter l'éducation scolaire au degré de l'arriération de chaque enfant.

2.3.2. Les arriérés mentaux et le marché de travail

La personne arriérée mentale se heurte à beaucoup de problèmes quant à l'intégration professionnelle. Sachant qu'elle est considérée comme « *un être inutile* » dans la société et qu'elle constitue une lourde charge pour sa communauté, il est évident qu'elle soit méprisée sur le marché de travail.

L'arriéré mental est souvent rejeté sur le marché de travail suite à son handicap mental ne lui permettant pas da travailler à la même allure et perfectibilité que ses collègues « normaux ». Le déficient mental a des défauts qui ne lui permettent pas d'être intégré dans la société.

---

[31] ROBAYE, F., L'enfant au cerveau blessé, Bruxelles, Dessart et Mardaga, 1975, p.99.

En guise d'exemple, pour une personne ne maîtrisant pas ses sphincters, il est difficile voire impossible qu'il soit admis au travail, quelle qu'elle soit. TRANNOY ajoute que : *« les troubles sphinctériens requérant une discipline personnelle assez sévère rendent peu nombreuses les voies d'orientation et difficile le placement au travail. »*[32]

En effet, les raisons qui rendent difficile l'intégration de l'arriéré mental sur le marché du travail sont multiples. Mais il semble que les représentations sociales du handicap mental, présentes aujourd'hui, en sont une des causes majeures ou du moins y contribuent fortement. Les fondements de ces représentations se sont construits à travers l'histoire du handicap mental. Si l'infirmité physique a été parfois prise en compte spécifiquement, on ne peut être aussi affirmatif pour le handicap mental qui a été souvent assimilé à la pauvreté et au monde de la folie. En somme, l'exclusion de l'arriéré mental sur le marché de travail se trouve aujourd'hui renforcée par un système économique où prédomine l'efficacité et rentabilité.

2.3.3. Conclusion du chapitre

L'enfant handicapé est d'abord un enfant. Il doit bénéficier dans toute la mesure du possible des conditions qui permettent son développement : maintien des liens affectifs avec son milieu familial, éducation et socialisation visant à son intégration. Il faut éviter de médicaliser le handicap mental et le rôle des médecins doit rester celui d'informer les parents sur les capacités de leur enfant dans tous les domaines du développement, de leur décrire les possibilités de prise en charge en fonction de ces capacités et de leur évolution prévisible, de les conseiller, de les soutenir et de les mettre en relation avec les instances administratives, scolaires et sociales jouant un rôle dans la prise en charge d'un enfant à handicap et le soutien à sa famille.

[32] TRANOY, A., L'adaptation des enfants handicapés mentaux, Paris, Casterman, 1976, p.116.

CHAPITRE III : PROPRETE SPHINCTERIENNE

3.0. Introduction

L'apprentissage de la propreté sphinctérienne à un enfant est un travail délicat. Certains parents, par ignorance, apprennent la propreté à leurs enfants à un âge très bas et ceci entraine souvent des conséquences graves. Tout ce que l'enfant doit apprendre y compris la propreté, est bien acquis et bien assimilé à sa *"période critique"*.

A ce qui précède DALTON fait remarquer *« qu'il est inutile de vouloir, à tout prix, que son enfant devienne propre »*[33]. Cela veut dire que la véritable propreté sphinctérienne ne peut être acquise que si l'enfant a atteint un stade de maturation nerveuse rendant possible le contrôle sphinctérien.

3.1. L'âge normal auquel l'enfant apprend la propreté

Il serait illusoire de préciser l'âge de la propreté chez un enfant car tous les enfants ne grandissent pas de la même façon, que ce soit au niveau psychologique ou au niveau physiologique. Mais il y a une période estimative à laquelle l'enfant "*normal*" doit être propre. Cela est affirmé par DALTON[34] que c'est à partir de deux ans où l'enfant est capable de monter et descendre une échelle tout seul..., il s'accroche avec ses mains, et bien, c'est à ce moment-là que son système nerveux est constitué et qu'il peut donc être propre, s'il est attentif.

Pour les enfants les plus tardifs, l'âge maximal de l'acquisition de la propreté est de quatre ans, mais il ne faut pas perdre de vue que, tout dépend des variations individuelles. Ainsi, en matière de l'acquisition de la propreté sphinctérienne, les filles sont plus précoces que les garçons. Dans tous les cas, la propreté nocturne ne peut être acquise que plus tard après celle diurne.

A proprement parler, chez les enfants normaux, la propreté sphinctérienne ne s'enseigne pas; cela dépend de l'enfant.

---

[33] DALTON, F., Lorsque l'enfant paraît, Paris, Edition du Seuil, 1968, p.44.

[34] DALTON, F., Op. cit, p.45.

Il faut qu'il y soit prêt tant psychologiquement que physiologiquement. On peut tout simplement le soutenir, l'encadrer et surtout lui faire confiance.

L'apprentissage de la propreté demande de la patience et de la persévérance, ainsi qu'une dose de bonne humeur. Beaucoup d'enfants mouillent leurs lits jusqu'à l'école primaire sans que cela puisse être considéré comme l'énurésie.

3.2. Détection de la période critique d'apprentissage de propreté.

La période critique pour apprendre quelque chose chez un enfant dépend, comme on l'a déjà montré précédemment, des variations individuelles. Elle dépend donc de l'environnement, de la classe sociale, des parents de l'enfant, du développement psychique de l'enfant, de son organisation physiologique,...
Les signes suivants montrent que l'enfant est prêt à être propre[35] :

- La couche reste sèche et propre pendant deux heures consécutives;
- L'enfant sait quand sa couche est mouillée;
- L'enfant veut enlever sa couche et porte de petites culottes;
- Il baisse son pantalon seul;
- Il cherche à imiter les adultes qui vont à la toilette;
- Il connaît les parties de son corps;
- Il monte et descend les escaliers sans se tenir;
- Il est capable de faire comprendre ses besoins ;
- Il comprend ce qu'il doit faire dans le pot ou la toilette;
- Il est motivé d'apprendre.

Ces signes observables ne se présentent pas en même temps pour tous les enfants et cela s'explique par une seule raison qui est la suivante: *un enfant n'est identique à aucun autre.*

3.3. Propreté chez les enfants déficients mentaux

Chez les arriérés mentaux, l'apprentissage de la propreté sphinctérienne dépend du degré d'arriération. Pour les enfants débiles et imbéciles il est possible de les éduquer jusqu'à ce

[35] http://tectaetu.unige.ch/etu-maltt/R2D2/cereghdo.

qu'ils deviennent propres. C'est là la question d'acquérir une autonomie en ce qui concerne la défécation et la miction.

Les enfants qui ont une déficience profonde (idiots), ne dépassant pas le niveau intellectuel d'un enfant de deux à trois ans, peuvent aussi apprendre à être propre mais la réussite est dans ce cas-là difficile voire impossible. D'où la nécessité d'une autre personne qui les prenne en charge et cela pour toujours.

3.4. Les différentes méthodes d'apprentissage de la propreté[36]

Pour apprendre à votre enfant à aller sur le pot ou aux toilettes, différentes méthodes ont fait leurs preuves. Avant de choisir la vôtre, il peut être intéressant de vous pencher sur quelques-unes d'entre elles afin de trouver celle qui conviendra le mieux, à votre enfant et à vous.

3.4.1. La méthode « sans filet »

La méthode d'apprentissage de la propreté « sans filet » implique de déterminer une date précise à laquelle vous déciderez d'arrêter les couches, du jour au lendemain, sans jamais faire machine arrière. Après avoir familiarisé votre enfant avec l'utilisation du pot, mettez-lui une culotte. Tout au long de la journée, rappelez-lui d'aller aux toilettes. Cette méthode peut, bien sûr, entraîner de nombreux accidents de parcours et implique de prodiguer a votre tout-petit beaucoup d'encouragements et de compliments pour le motiver à persévérer.

La plupart du temps, l'enfant continue de porter les couches pendant la nuit, jusqu'à ce que son apprentissage soit terminé et qu'il soit également propre la nuit. Cette méthode n'est pas idéale, l'enfant peut se sentir déstabilisé par ses nombreux accidents et perdre ainsi confiance en ses capacités, mais vous pouvez l'adapter à votre enfant si elle vous semble lui correspondre.

3.4.2. La méthode Laurence Pernoud

Laurence Pernoud, est l'auteur de deux ouvrages de référence en France : « *J'attends un enfant* » et « *j'élève mon enfant.* » Selon sa méthode, l'apprentissage de la propreté doit survenir uniquement quand l'enfant se montre prêt et que sa vie affective ne risque pas d'être troublée.

---

[36] http://tecfaetu.unige.ch/etu-maltt/R2D2/cereghdo.

Elle préconise l'utilisation d'un pot indépendant, c'est-à-dire, qui ne soit pas encastré dans un fauteuil, afin que l'enfant ne confonde pas l'action de s'asseoir pour se reposer, et celle de s'asseoir pour se soulager.

Laurence Pernoud suggère de proposer régulièrement le pot à l'enfant, par exemple après chaque repas, mais de ne jamais le forcer à rester dessus et une fois qu'il est installé, de ne pas intervenir pour qu'il ne sente pas votre pression peser sur ses petites épaules. Petit à petit, il conviendra de remplacer les couches par une culotte au réveil, puis après la sieste si l'expérience du matin est concluante. Cette méthode exige beaucoup de temps, cela peut angoisser les parents qui craindraient que leur enfant ne soit pas propre pour leur entrée en maternelle.

3.4.3. La méthode des « 3X3 »

Cette méthode propose d'initier l'enfant à la propreté en deux étapes : la première étape de trois jours consiste à familiariser l'enfant avec son pot en lui proposant très régulièrement de s'y asseoir. Cette méthode recommande que, lorsqu'il est à la maison, l'enfant ne porte rien en dessous de la ceinture pendant environ trois mois.

Cette méthode exige que les parents soient totalement focalisés sur l'apprentissage de leur tout-petit, et qu'ils repèrent le moindre signe indiquant qu'il doive se rendre aux toilettes. Pendant la période des trois premiers jours, les sorties à l'extérieur doivent être très limitées. Cette méthode, qui focalise l'attention autour du pot, peut s'avérer extrêmement stressante pour toute la famille, d'autant que le timing imposé pour l'apprentissage de la propreté est serré.

3.4.4. La méthode Huggies® Pull-ups®

Les culottes d'apprentissage de la propreté Huggies® Pull-ups sont spécialement conçues pour simplifier l'apprentissage de la propreté et le rendre plus agréable. Elles sont très différentes des couches et en proposant à votre enfant d'en porter, vous lui envoyez un message très clair : ce n'est plus un bébé, les couches c'est fini!37

---

37 http// :apprentissagedelapropreté.fr du 25 mars, 2014 à 9h15minutes

3.4.5. Conclusion du chapitre

Ces méthodes sont des exemples de procédés dont peuvent se servir les éducateurs des enfants arriérés mentaux quand ils apprennent ces enfants à être propres. Avant de constater si ces méthodes sont d'usage au centre AKAMURI, le chapitre suivant fait la description de ce dernier.

CHAPITRE IV : DESCRIPTION DU CENTRE AKAMURI[38]

4.0. Introduction

Le centre Akamuri est un centre d'éducation, de rééducation et de réadaptation des personnes présentant une déficience mentale et/ou physique. Ce centre se situe à Bujumbura-Mairie en commune Bwiza, dans le quartier Jabe, Avenue de l'imprimerie. Ce centre prend en charge des enfants arriérés mentaux, les infirmes moteurs cérébraux, etc. Les enfants sont pris en charge par le centre pendant la journée et regagnent leurs familles respectives le soir.

4.1. Les objectifs du centre

Le centre AKAMURI a été crée en vue de poursuivre les objectifs ci-après :

- Accueillir les enfants handicapés;
- Orienter les enfants handicapés dans les centres spécifiques suivant le type de handicap ;
- Rééduquer les enfants infirmes moteurs cérébraux et éduquer les personnes handicapées mentales ;
- Sensibiliser les parents d'une part et la société d'autre part pour un changement de comportement à l'égard de la personne handicapée ;
- Créer une solidarité entre les parents ;
- Servir d'intermédiaire entre les enfants et les centres spécialisés (Ex. centre Saint kizito) ;
- Aider les parents à apprendre des techniques et des soins à donner à leurs enfants handicapés mentaux.

4.2. Historique et philosophie du centre

Le centre a été fondé en 1991 par la sœur Meena Amala Jothi, une religieuse missionnaire de la Congrégation des *« Sœurs Missionnaires Cœur Immaculée de Marie »*. Le choix de l'emplacement au cœur des quartiers correspond à une demande des mamans qui ne pouvaient avoir une fréquentation régulière au Home Saint KIZITO (centre s'occupant d'enfants handicapés moteurs) pour la prise en charge kinésithérapeutique de leur enfant infirme moteur cérébral, faute de temps et d'argent.

[38] Les archives du Centre Akamuri

Le 15 août 1992, la maison de Kamenge fut ouverte et le 8 décembre celle de Bwiza. Ces mini-structures accueillirent rapidement plusieurs familles et enfants de quartiers défavorisés (fin 1992, fréquentation de plus de 50 enfants).

En août 1993, Sœur Meena fit appel à Handicap International pour la formation de deux techniciens locaux et pour la soutenir financièrement. Ces deux techniciens formés devaient gérer les structures existantes et conseiller les mamans qui avaient des enfants handicapés. De fin 1993 jusque en 1995, la situation politique et l'instabilité du pays obligèrent Meena à quitter le pays. A son retour, Sœur Meena décida de poursuivre l'action entamée avant la guerre.

En août 1995, l'encadrement des personnes déficientes mentales était essentiellement centré sur des animations à but éducatif et rééducatif. Du fait de l'exigüité des locaux et de l'augmentation des enfants déficients mentaux et physiques, la paroisse Saint Augustin et le centre « Nouvelle Espérance » ont octroyé un terrain pour permettre aux adolescents déficients mentaux d'apprendre les gestes spécifiques de l'agriculture (cultiver, sarcler, semer, récolter,..) dans l'espoir de leur transmettre une certaine autonomie dans le futur.

De 1996-1997, la location d'une maison dans un autre quartier a permis le développement des activités d'élevage de poules et de lapins, ainsi que de menuiserie.

En 1998, le centre s'installa à Jabe et le terrain fut octroyé par l'Etat. L'éducation pour les plus jeunes fut possible et la création progressive de l'école vit le jour ainsi que les diverses activités pour les adolescents. Le nombre ne cessa d'augmenter depuis cette année.

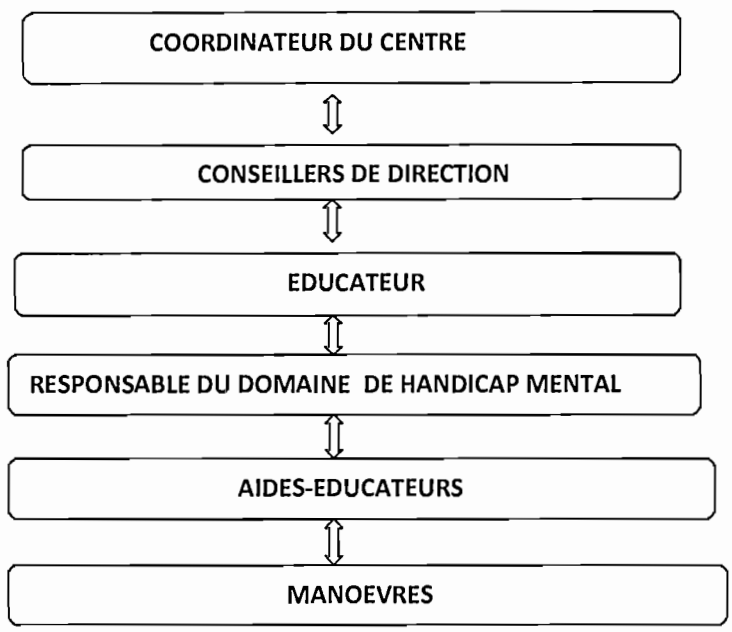
En 2002, une antenne à Kanyosha a été ouverte pour le service de kinésithérapie, et en 2003 celle de Ruziba. En 2005, à Bubanza, l'ouverture de l'antenne fut de courte durée mais réouverte en 2006 avec le service d'éducation et de rééducation.

L'ouverture des antennes du centre Akamuri correspond à l'idéal visé par le centre, à savoir: offrir les services éducatifs et rééducatifs au plus grand nombre de bénéficiaires tout en réduisant les distances que ces derniers doivent parcourir. En même temps les mêmes objectifs concrétisés au siège doivent être également mis en œuvre au niveau de chaque antenne. Le centre AKAMURI a son siège à Jabe et trois antennes en périphérie (Kamenge, Kanyosha, Ruziba) et à Bubanza, une autre province. Le nom d'Akamuri signifie "petite flamme".

Le sens profond de cette dénomination vient de l'idée que la personne handicapée n'était capable de rien et que le centre, par son action, doit permettre à cette personne de rayonner autour d'elle et de devenir une petite lumière pour tous. Cette dénomination fut proposée par les parents eux-mêmes.

La philosophie du centre est que chaque personne doit se sentir accueillie comme elle est et écoutée. L'enfant qui ne parle pas, doit pouvoir être entendu dans ses besoins les plus profonds (besoin de sécurité, d'affection, d'appartenance à la communauté, de valorisation) et respecté dans sa différence. La devise du centre est : *« Aimer, respecter, valoriser ce que je suis, écouter ce que je ne dis pas »*

4.3. Organigramme du Centre AKAMURI



Le personnel du centre AKAMURI est réparti dans différents secteurs existant qui sont:

- La rééducation motrice réalisée par le service de kinésithérapie;
- le développement intellectuel: celui-ci se réalise en deux niveaux à savoir le niveau maternel et le niveau primaire ;
- La formation intégrale et professionnelle est assurée par deux éducateurs à temps plein et uniquement les après-midi ;
- L'intégration communautaire où les enfants apprennent certains comportements sociaux.

L'environnement tel qu'il est imaginé, permet l'enfant de bénéficier des diverses stimulations concrètes, d'être en contact d'une variété d'activités professionnelles (cuisine, menuiserie, lingerie,...) et dans un fonctionnement proche de la vie courante.

❖ **Classe maternelle**

Cette classe s'est donné comme objectif principal de scolariser l'enfant en le sensibilisant à être en relation avec ses camarades et à tout ce qui l'entoure en l'amenant à intégrer progressivement les rythmes de la journée et les habitudes de vie du groupe. Une place importante est donnée à l'autonomie de l'enfant en l'entraînant à se débrouiller seul pour manger, boire proprement, à aller aux toilettes et se laver les mains avant et après le repas, à s'habiller et à se déshabiller seul, à prendre soin de ses vêtements.

❖ **Premières années préparatoires**

La population de cette classe est hétérogène et les objectifs visés par l'apprentissage dans cette classe concernent deux axes : l'axe scolaire proprement dit et l'autonomie. Avec les enfants déficients mentaux légers et modérés, le centre vise le fondement des apprentissages cognitifs dans le domaine de la lecture et des mathématiques.

Pour les enfants présentant une déficience motrice, les enseignants essayent d'appliquer le programme scolaire de la première année primaire, afin de leur permettre de réintégrer le plus tôt possible, l'enseignement ordinaire. L'enseignement est basé sur les manuels scolaires utilisés dans la vie quotidienne afin que les enfants puissent s'habituer au type d'exercices et exigences inhérents à ce type d'enseignement. Une formation en Informatique leur est aussi proposée car plusieurs de ses enfants éprouvent des difficultés à utiliser les outils scripteurs et peuvent donner l'impression de ne pas être capables de maîtriser la matière car ils ne savent pas écrire lisiblement. Les exercices à l'autonomie restent présents, notamment la prise en charge de nombreuses facettes de la vie en classe (entretien, rangement du matériel,...) et l'apprentissage de certains éléments d'autonomie personnelle ainsi que l'acquisition des conduites requises dans la vie scolaire.

- ✓ le placement est également indispensable pour les arriérés profonds, les débiles psychopathes et dangereux qui ne peuvent pas être surveillés dans leur famille;
- ✓ Le placement peut être souhaitable pour des raisons éducatives et pédagogiques: lorsque l'état mental de l'enfant est tel que la formation d'habitude exige de procédés spéciaux;
- ✓ Le placement est nécessaire quand l'infirmité intellectuelle se complique, d'autres infirmités ou des symptômes exigeant une éducation particulière ne pouvant être donnée dans la famille ou dans les branches spéciales officielles.

Au Burundi, il ya deux centres de prise en charge des enfants arriérés mentaux à savoir : le centre AKAMURI sis à Jabe (AV. de l'Imprimerie) avec ses branches à Kamenge, Kanyosha, Bubanza ; Nyakabiga ainsi que l'Institut Médico-pédagogique (I.M.P) de Mutwenzi, en province de Gitega.

Parmi les enfants pris en charge par le centre AKAMURI comme ceux pris en charge à l'Institut Médico-pédagogique(I.M.P), il y en a qui ont le problème de maîtrise sphinctérienne. Les éducateurs s'efforcent de les entraîner pour leur doter d'une maîtrise des sphincters. Ils font de leur mieux pour que les enfants arriérés mentaux de ce centre puissent être capables de maîtriser leurs sphincters.

La question générale de notre recherche est la suivante: Quelles sont les difficultés rencontrées par les éducateurs du centre AKAMURI pour faire acquérir la propreté sphinctérienne aux enfants arriérés mentaux qu'ils prennent en charge?

Autour de cette question générale gravitent trois questions spécifiques:

- ➢ Quelles sont les stratégies d'apprentissage de la maîtrise sphinctérienne ?
- ➢ Quelles sont les impasses auxquelles sont confrontés les éducateurs des enfants ne maîtrisant pas les sphincters ?
- ➢ Que peut-on faire pour améliorer la qualité de l'éducation à la propreté sphinctérienne au centre AKAMURI ?

5.2. Les objectifs de recherche

5.2.1. Objectif général

La recherche à pour objectif général de découvrir les difficultés rencontrées par les éducateurs du centre AKAMURI pour faire acquérir la propreté sphinctérienne aux enfants arriérés mentaux.

5.2.2. Les Objectifs spécifiques :

- Appréhender les stratégies des éducateurs dans l'apprentissage de la propreté sphinctérienne chez les enfants handicapés mentaux.
- Identifier les impasses auxquelles sont confrontés les éducateurs des enfants arriérés mentaux dans l'entraînement à la propreté sphinctérienne.
- Cerner les propositions pour une meilleure éducation à la propreté sphinctérienne chez les enfants arriérés mentaux du centre AKAMURI.

5.2.3. Conclusion du chapitre

Pour ne pas faire de notre recherche une spéculation philosophique, nous nous sommes fixé des objectifs généraux et ceux spécifiques. Il a fallut arrêter un chapitre de la démarche méthodologique à suivre.

CHAPITRE VI : DEMARCHE METHODOLOGIQUE

6.0. Introduction

Le succès d'un travail de recherche dépend de la démarche méthodologique suivie. Nous allons donc mettre au clair le terrain et la population d'enquête, la méthode et les techniques de récolte des données de la recherche.

6.1. Terrain et population d'enquête

6.1.1. Terrain d'enquête

Nous avons limité notre terrain d'enquête au centre AKAMURI sis à Jabe, commune Bwiza, province de Bujumbura-Mairie. Nous avons estimé que ce centre est susceptible de nous fournir des informations fiables sur les difficultés rencontrées par les éducateurs des enfants arriérés mentaux ne maitrisant pas les sphincters.

6.1.2. Population d'enquête

D'après MUCCHIELLI *: « on appelle population d'enquête l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête »*[43]. Notre recherche s'intéresse aux enseignants et éducateurs des enfants déficients mentaux pris en charge par le centre AKAMURI.

6.2. Technique de choix des enquêtés

Le centre AKAMURI sis à Jabe, Commune Bwiza en Mairie de Bujumbura possède en tout quinze éducateurs qui sont affectés en différentes classes. Nous nous sommes d'abord adressé au responsable du centre et c'est bien ce dernier qui nous a donné une liste des éducateurs qui ont des enfants handicapés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters dans leurs classes et ceux-ci étaient au nombre de neuf. Après une semaine d'affilée que nous avons passée au centre AKAMURI en nous familiarisant avec ces encadreurs, nous avons commencé l'enquête au cours de la deuxième semaine et celle-ci nous a pris huit jours car, en voulant respecter l'horaire mis en place par le centre AKAMURI , nous avons été obligé de nous adapter à ce dernier et à la disponibilité des éducateurs.

---

[43] MUCCHIELLI, A., Les méthodes qualitatives, Paris, PUF, 1975, p.16.

Nous avons utilisé l'échantillon non probabiliste car nous avons été orienté et guidé par le responsable du centre qui nous a montré les éducateurs qui remplissent les critères de notre recherche. Parmi ces neuf éducateurs, deux ont répondu à nos questions de la préenquête et les sept restants sont intervenus au cours de l'enquête.

6.3. Méthode et techniques de recherche

Pour mener à bon port une recherche scientifique, il est indispensable de fixer la méthode et les techniques qui seront le canal favorisant l'aboutissement d'une recherche.

6.3.1. Méthode de recherche

Notre recherche va nécessiter une méthode qualitative. Cela signifie que les éducateurs du centre AKAMURI qui feront partie de notre échantillon vont mettre au clair les difficultés qu'ils rencontrent quand ils éduquent les enfants arriérés mentaux ne maitrisant pas les sphincters. Ils vont nous raconter quelques cas auxquels ils auront déjà fait face et les résultats trouvés pour ces cas.

Privilégier la méthode qualitative c'est considérer que chaque cas est unique et singulier. L'étude du cas exige une approche du sujet à l'étude pour analyser d'une façon approfondie le phénomène à l'étude et surtout de comprendre le sujet à partir de ce qu'il dit.

LAGACHE *« Par l'étude des cas; le psychologue apprend à aborder les êtres humains, à les faire s'exprimer, à se représenter leur vie et leur conduite à la faveur de l'observation et de l'interprétation des comportements considérés comme significatifs et expressifs »*[44]. Cela signifie que les éducateurs des enfants déficients mentaux n'éprouvent pas les difficultés ou les facilités de la même manière et au même degré car ils sont carrément différents d'où la nécessité de l'étude des cas. Les cas seront donc tous les éducateurs des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters.

[44] LAGACHE, D., L'unité de Psychologie, Paris, P.U.F, 1979, p.33.

6.3.2. Techniques de recherche

En matière de recherche, il incombe au chercheur de choisir des techniques qui lui permettent de recueillir des informations répondant à l'objectif de sa recherche. Les techniques que nous avons utilisées sont l'entretien semi-directif et l'observation directe. Ce sont donc les deux techniques que nous avons jugé utiles et nécessaires pour collecter les informations voulues.

- ✓ **Entretien semi-directif**

Parlant de l'entretien semi-directif D'UNRUG dit qu' *« il s'agit de laisser parler l'enquêté, voire de l'aider à parler par des relances, sans pour autant diriger son discours, dire « oui » ou « hum », faire « écho » en respectant les divers mots émis, afin de refléter tout ou une partie de discours ».*[45] Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert ni entièrement fermé. En général, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides auxquelles il souhaite que l'interviewé réponde. Le chercheur ne pose pas forcement les questions dans l'ordre dans lequel il les a notées et sous leur formulation. Il y a davantage de liberté pour le chercheur, mais aussi pour les enquêtés.

- ✓ **Observation directe**

L'observation directe est une technique permettant de compléter les informations obtenues lors de l'entretien semi-directif. En plus des données que nous avions recueillies de la part des éducateurs des enfants arriérés mentaux, nous nous sommes servi également de l'observation au moment où les enfants étaient en plein apprentissage.

D'après le dictionnaire de Psychologie *« l'observation est définie comme étant une méthode d'investigation scientifique consistant à enregistrer par les sens, systématiquement, les caractères et les transformations de l'objet étudié... Elle tient une place centrale dans les sciences psychologiques, soit que le recours à l'expérimentation y soit limité pour des raisons déontologiques, soit que l'on tienne l'intrusion expérimentale dans le recours naturel*

---

[45] D'UNRUG, M.C., Analyse du contenu et acte de parole, « De l'énoncé à l'énonciation », Paris, P.U.F, 1974, p.84.

des comportements pour une perturbation modifiant radicalement l'objet même qu'on se propose d'étudier »[46].

Au moment de l'entretien avec les encadreurs des enfants arriérés mentaux, nous observions les comportements de ces premiers comme leurs attitudes envers les enfants. Soulignons que nous avons fait en sorte que les éducateurs ne sachent pas que nous les observions et on faisait remarquer qu'on se limitait à l'entretien.

6.4. Travail de terrain

L'enquête et la préenquête sont des éléments du travail de terrain et sont aussi très importants qu'une recherche même car elle permet de collecter des données par observations et entretien.

6.4.1. La préenquête

La préenquête est une étape fondamentale pour une bonne familiarisation du chercheur au milieu où se déroule l'enquête. Expliquant la préenquête, BOUDON dit que : « *la préenquête est une reconnaissance du terrain, en essayant de se débarrasser des idées préconçues, ou, comme le disait BACON, de ses prénotions, de manière à faire apparaître les facteurs ou variables explicatives qu'il cherche »*[47].

C'est au cours de cette étape que nous avons dû tester les questions de notre guide d'entretien pour vérifier leur adéquation, voir comment elles s'appliquent afin de découvrir les modifications qui s'imposent avant d'entreprendre la recherche proprement dite.

Notre préenquête a concerné deux éducateurs (AKI et DU) pour vérifier si notre guide d'entretien était adaptée aux objectifs que nous nous étions fixés. L'entretien avec les deux éducateurs n'a pas manqué d'intérêt pour notre recherche car nous avons remarqué la question e) qui était libellée comme suit : « *Ni izihe ngorane/Intambamyi muhura nazo muri ico gikogwa c'ukumenyereza abana babakehabwenge biyononako umwanda mukuru na mutoya* ? cela se traduit en français comme suit : *« A quels problèmes et ou entraves vous heurtez-vous dans l'apprentissage de la propreté chez les enfants handicapés mentaux»* ?

---

[46] SILLAMY, N., op. cit. p.479.

[47] BOUDON, R., Les Méthodes en Sociologie, Paris, PUF, 1979, p.33.

Nous avons donc été obligé d'omettre le mot « problèmes » c'est-à-dire en Kirundi « *ingorane* » car, au cours de la préenquête les éducateurs n'ont pas bien apprécié le terme problème.

Ils disaient: « *Uyu ni umwuga wacu twiyemeje kubwivyo nta ngorane zirimwo ariko harimwo intambamyi gusa* » c'est-à-dire en Français « c'est notre métier auquel nous nous sommes engagés, donc il n'y a pas de problèmes mais plutôt quelques entraves ».

6.4.2. Enquête

Après la préenquête, nous avons refait et ajusté le guide d'entretien. Nous avons poursuivi avec l'enquête. Hormis deux éducateurs avec qui nous nous sommes entretenus au cours de la préenquête, l'enquête a concerné les sept éducateurs qui restaient.

Cependant, arrivé au sixième et au septième enquêté, ce sont les mêmes idées qui revenaient et nous avons été persuadé de nous limiter au niveau de cinq éducateurs. Ainsi, D'après MAYER OUELLET[48] cités par NSHIMIRIMANA : « *dans une étude non probabiliste l'échantillon est constitué de façon finale lorsque la collecte d'informations n'apporte plus aucune idée nouvelle à celles déjà trouvée* »[49] Il serait donc non profitable de continuer à s'entretenir avec les enquêtés qui reviennent toujours sur les mêmes idées. Nous nous sommes servi d'un appareil enregistreur pour éviter toute modification des propos de nos enquêtés qui pourrait être due à l'oubli.

Avant d'entrer dans le vif de l'entretien avec chaque encadreur, nous faisions une prise de contact qui commençait par les salutations et présentations et quelques mots de « préparation » de l'interviewé comme la situation des enfants en général. Nous permettions une libre expression de l'enquêté en prenant soin de ne jamais l'interrompre et/ou de le contredire. Cela nous a été légué par PINTO et GRAWITZ qui soutenaient que : « *à partir du moment où l'enquêté commence à parler, l'enquêteur ne doit pas l'interrompre ou le questionner mais demeure dans une attitude de compréhension ou d'empathie* »[50]. Notre intervention ne se limitait qu'à l'orientation de l'entretien en demandant à l'enquêté de se

---

[49] NSHIMIRIMANA, A., Aspects psychosexuels de la mode vestimentaire à l'adolescence, Mémoire inédit, Bujumbura, UB, FPSE, 2011, p.54.

[50] PINTO, R et GRAWITZ., Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Paris, Dalloz, 1964, p.819.

rendre plus compréhensible, autant dire, d'éclaircir ses dires. En définitive, les éducateurs enquêtés portent les noms suivants : BU, MI, MPA, IRA, MO qui n'ont rien à voir avec les noms de nos enquêtés. Que personne ne cherche à déchiffré ce que représentent ces lettres car elles ont été fictivement choisies.

6.4.3. Conclusion du chapitre

La méthode et les techniques utilisées représentent une le pilier de fiabilité des résultats. Il serait donc délusoire de prétendre mener une recherche scientifique sans se fier aux techniques et méthodes adéquates. La méthode et les techniques de la recherche étant définies, nous allons poursuivre avec la deuxième partie consacrée présentation des cas, analyse des données et interprétation des résultats.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE VII : PRESENTATION DES CAS

7.0. Introduction

La présentation des monographies considère chaque cas comme singulier. En effet les éducateurs des enfants handicapés mentaux ne contrôlant pas les sphincters, ne peuvent, en tout cas de figure, s'y prendre de la même manière ou connaître les mêmes difficultés car ils sont carrément différents.

7.1. Cas BU

BU est une éducatrice des enfants handicapés mentaux au centre AKAMURI. Elle a une ancienneté d'une année dans ce centre. Elle est détentrice d'un diplôme d'Instituteur Adjoint. Elle a huit enfants qui ne maîtrisent pas les sphincters dans sa classe de vingt-huit enfants en totalité. BU a affirmé que l'éducation des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas leurs sphincters est une tâche de longue haleine nécessitant une certaine dose de patience et d'empathie. Elle a indiqué: « *ni igikorwa gisaba kwihangana no gutahura cane umwana wumukehambenge* » ce qui signifie : « *c'est un travail nécessitant la patience et la compréhension de l'enfant handicapé mental* »

Parmi les stratégies d'éduquer les enfants handicapés mentaux qui ne contrôlent pas les sphincters, BU commence à soumettre l'enfant à un horaire bien régulier d'aller à la toilette pour que l'enfant en soit conditionné au fil du temps. Cet horaire est fixé comme suit :

- Après le petit déjeuner de huit heures, elle emmène les enfants à la toilette et elle les place sur les sièges de la toilette. Elle attend un peu de temps ; s'il fait le besoins ou pas BU ne se lasse pas, car cela fait partie de l'exercice. Cet exercice doit se poursuivre chaque jour pour que les enfants fixent cet exercice parmi leurs habitudes,
- Au moment de la récréation de dix heures on refait le même exercice,
- Après le repas de midi on soumet les enfants déficients mentaux au même exercice.
  Selon BU, cet horaire est variable en fonction des éducateurs. Elle nous a expliqué également que les enfants handicapés mentaux ne se comportent pas comme des enfants « valides » car ils ont un retard mental qui fait qu'ils continuent à se comporter comme de petits enfants même s'ils ont déjà atteint un âge adulte.

Ces enfants ne doivent pas porter des couche-culottes. Selon BU : « *Umwana yambaye couche-culotte aca abona ko vyose abirekuriwe, kubwivyo aca aguma yiyononako kuko abona ko umengo abavyeyi baramushigikiye muri ukwo kwiyononako* ». Ce qui veut dire : « *si l'enfant porte une couche-culotte, il se dit que tout lui est permis, pour ce, il continue à faire ses besoins dans la couche-culotte car il considère que ses parents ou éducateurs le soutiennent dans ce qu'il fait* ».

C'est ainsi qu'elle soumet les enfants à un horaire de propreté jusqu'à ce que ceci se fixe en lui. Après quelques moments d'exercices intensifs, l'enfant peut commencer à gesticuler pour montrer qu'il a besoin d'aller à la toilette et cela reste variable car tout est fonction du degré de handicap de l'enfant. BU a un niveau de satisfaction faible car il ya des enfants qui ne parviennent pas à acquérir la propreté sphinctérienne mais elle se réjouit des cas de réussite qui se sont fait remarquer à partir de ses méthodes. Elle indique que les enfants qui n'évoluent pas sont ceux ayant une arriération mentale sévère (idiot).

En ce qui concerne les impasses, BU fait savoir que : « *Naho umwana twogerageza kumumenyereza kuja kuri toilette ari ngaha mu kigo AKAMURI, ageze muhira baca basa n'abamusubiza inyuma kuko baca bashaka kumukorera ivyo akeneye vyose bakibagira kumwigisha kuvyikorera* ».
Ce qui veut dire que : « *Même si nous essayons d'apprendre à l'enfant à aller seul à la toilette ici au centre AKAMURI, une fois à la maison on lui fait régresser car les parents aident l'enfant à faire tout ce qu'il désire et ils oublient de l'habituer à les faire par lui-même* ».
A la maison, disait-elle, on lui accorde une servante qui fait tout à sa place, c'est-à-dire qui le lave, qui l'habille, ... et cela risque de regresser le niveau atteint au sein du centre car les initiatives de l'enfant à la maison sont remises en cause. Le problème est lié au manque de collaboration entre parents et éducateurs. BU nous a aussi affirmé que la surprotection et le laxisme sont des choses à bannir aux enfants déficients mentaux. Si l'enfant est surprotégé il manque d'initiative car il bénéficie de tous les soins de la part de ses parents ou frères et sœurs et cet enfant ne peut pas évoluer.

En ce qui concerne les souhaits pour que le travail d'éducation à la propreté sphinctérienne connaisse de bons résultats, BU propose ce qui suit : La tâche devrait être connue de tous ; tout le monde devrait savoir que l'enfant handicapé mental est capable de beaucoup de choses si jamais il bénéficie d'une éducation spéciale.

Un tel enfant doit être respecté, aimé et valorisé comme le stipule la devise du centre AKAMURI ; le travail d'éducation de ces enfants handicapés mentaux devrait aussi être synergique, ce qui signifie que les parents et les éducateurs devraient se compléter en ce qui est de l'éducation à la propreté sphinctérienne des enfants handicapés mentaux.

Les parents devraient avoir des notions de base sur l'éducation à la propreté sphinctérienne pour que leurs enfants en bénéficient quand il est à la maison. Le rôle de l'entourage est aussi indispensable car si l'enfant est stigmatisé par l'entourage, il ne peut pas bien évoluer et cela fait que l'enfant se sous-estime et s'écarte des enfants de son âge car se dit-il : « *je ne suis pas comme les autres* »

La part de l'Etat devrait être très grande sur l'éducation des handicapés mentaux ne maitrisant pas les sphincters et aussi sur la sensibilisation de la population en ce qui est de la déficience mentale et au financement car le centre AKAMURI dépend des aides extérieures.

BU a terminé en disant : « *ubushobozi bwikigo bwo kwakira abana b'abakehabwenge bwararenge gose kuko ubu dufise igitigiri kinini rwose c'abana ivyo bica bituma bitugora kubigisha* » ;

Ce qui veut dire en Français « *la capacité d'accueil du centre AKAMURI a été largement dépassée parce que nous avons affaire à un nombre exorbitant d'enfants ce qui rend difficile l'apprentissage* ». Elle suggère que la création d'autres centres d'éducations des enfants handicapés mentaux, toutes les catégories confondues.

7.2. Cas MI

MI est un éducateur travaillant au centre AKAMURI. Il est détenteur d'un diplôme d'instituteur. Il a une ancienneté de quatre ans. Il tient une classe de dix-neuf enfants et parmi eux il ya dix enfants qui ne maîtrisent pas les sphincters. Il nous a expliqué que les enfants font principalement leurs grands et petits besoins dans leurs habits parce qu'ils sont des infirmes moteurs cérébraux. Ils ne peuvent pas par eux-mêmes, enlever leurs habits pour faire « pipi » ou « kaka » dans les toilettes. Quand le besoin se présente, ils vont à la toilette mais, arrivé là-bas, ils se trouvent incapables d'enlever les habits et lorsque le besoin presse ils font automatiquement dans leurs habits.

Pour les aider MI dit: « *Abo bana baba bafise ingorane yo gufungura ibifungo,canke yo kumanura i tireti, canke kumanura impuzu yo hepfo. Abo bana tuca tubagirisha ama exercices ajanye na psychomotricité aho akoresha intoke cane kugira azotebe amenye gukoresha namaboko yiwe* ».

Ce qui veut dire: « *Ces enfants ont un problème de déboutonner ou de dégager les boutons de leurs boutonnières ou de descendre les tirettes de leurs habits ou encore de descendre leurs culottes, pantalons ou jupes,...De tels enfants, on les fait subir des exercices en rapport avec la psychomotricité où ils utilisent leurs mains pour qu'ils puissent savoir utiliser correctement leurs mains* ». MI utilise des habits comme matériels didactiques pour aider ces enfants qui ne savent pas se déshabiller suite à une infirmité motrice cérébrale.

Ces enfants subissent également des exercices kinésithérapeutiques pour que ceux-ci puissent se servir de leurs mains dans des activités élémentaires de la vie quotidienne.

Ayant comme le matériel didactique les habits, les billes, les poupées, MI est satisfait. Il dit : « *Dufashanije nabavyeyi bamwebamw, hariho abana bashobora kumenya igikenewe bakagikora canke bakabwira uwukibafasha* »

Ce qui signifie : « *En collaboration avec certains parents, il y a des enfants qui sont parvenu à connaitre ce qu'il faut faire et le font ou demandent une aide* »

MI se heurte cependant à quelques entraves au cours de la réalisation de son métier. Il nous a dit ce qui suit : « *Abo bana bonyene haragera igihe baki renda kuko baba babonye baguma biga ibintu batabimenya usanga umwana nawe nyene asa nuwabihevye. Kandi na twebwe nyene abigisha tuguma turi abantu kuko iyo twigishije umwana igihe kirekire tubona atabitora hari igihe dusa n'abamuhevye ariko tukagumana ka karangamutima. Iyo twibutse uyo mwana turiko twigisha uwariw turagera igihe inguvu zikagaruka* » Ce qui veut dire : « *Ces enfants eux-mêmes, dès fois, ils sont découragés quand ils constatent qu'ils apprennent des choses sans succès, et les enfants semblent abandonner tout. Nous aussi les éducateurs comme nous sommes des êtres humains, il nous arrive de nous rendre quand nous éduquons des enfants pendant une longue période et qu'ils n'arrivent pas à réussir. Quelques fois nous sommes tentés d'abandonner l'enfant mais quand nous nous souvenons de quel type d'enfants à qui nous avons affaire nous nous ressaisissons* »

MI a également des souhaits pour que l'éducation à la propreté sphinctérienne chez les enfants handicapés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters puisse se réaliser avec succès. Pour lui, les parents ne devraient pas gâter les enfants en voulant tout faire à leur place car cela rend les enfants paresseux et sans initiatives.

De plus, les Organisations non gouvernementales locales ou étrangères peuvent aider à la meilleure éducation des enfants handicapés mentaux en général notamment par des aides humanitaires, en fournissant des experts pour former les éducateurs, etc.

7.3. Cas MPA

MPA est une éducatrice des enfants handicapés mentaux du centre AKAMURI. Elle vient de faire trois ans au sein de ce centre. Elle est détentrice d'un diplôme de licence en Psychologie Clinique et Sociale. MPA a quinze enfants dans sa classe et neuf enfants d'entre eux ont un problème de maîtrise sphinctérienne.

Sur la question de savoir les stratégies qu'elle utilise pour apprendre à ces enfants à acquérir la propreté, elle explique : « *Tumuha ama remarques,tukamwigisha ama signes aho kudida ikirenge hasi bisigura ko ashaka gusoba, kwikubita kubisusu navyo bisigura ko umwana ashaka kwituma umwanda mukuru,hanyuma tukamujana muri toilette, tukamwereka ko ari vyiza gukoresha toilette. Ariko ama signes si ayo gusa hariho nkayandi yerekana ibintu vyo mubuzima bwamisi yose, akarorero : kwifata munda wunamye bisigura kuribwa munda,kwifata munda uhagaze bisigura ko umwana ashonje* »

Ce qui veut dire : « *nous lui donnons des remarques, nous lui apprenons des signes où frapper le pied sur terre signifie que l'enfant veut faire son petit besoin, se frapper sur les fesses signifie que l'enfant veut aller à selle, puis nous le conduisons à la toilette et on lui montre comment utiliser la toilette. Mais les signes ne sont pas que ceux cités car il y'en a d'autres qui représentent les choses de la vie quotidienne, exemple : se tenir au niveau du ventre le corps incliné vers devant signifie que l'enfant a mal au ventre, se tenir au niveau du ventre étant debout signifie que l'enfant a faim*».

Cette méthode est utilisée pour les enfants qui ont une déficience mentale légère. MPA est satisfaite car elle a déjà connu beaucoup de cas de réussite. Cela est accentué par le fait que ces enfants ont un niveau d'intelligence qui est proche de la moyenne.

MPA affirme que les difficultés ne peuvent pas manquer car quelques fois elle ne tolère pas voir une fille de quatorze ans ou plus qui fait ses besoins dans ses habits. Quelquefois elle se figure qu'essuyer les enfants qui viennent de faire kaka ou pipi, ce n'est pas sa tâche. Une autre entrave c'est que leurs objectifs ne sont pas atteints à la période attendue ou jamais elle n'atteint ses objectifs. Voici ses propos : « *Ico gihe kirashobora kuba kirekire rwose gushika aho tubona ko bitazoshoboka, haragera n'igihe vyanka ko uyo mwana tumushikana kuri autonomie kuko baba bafise ubukeha bwenge bunini cane* »

Ce qui veut dire : « *Cette période d'apprentissage à la propreté peut se prolonger jusqu'à un moment où nous constatons que c'est impossible, il arrive des cas où nous sommes incapables de conduire l'enfant à l'autonomie et cela s'explique par le fait que l'enfant a un handicap mental très profond* »

Pour une meilleure éducation à la propreté sphinctérienne, MPA précise ce qui suit : « *Abavyeyi bokwigora bakaja baraza ngaha mukigo AKAMURI tukabigisha ukuntu bigisha umwana w'umukehabwenge kugirango abana bageze mumihana i wabo inyigisho baronkeye mu kigo zibandanirize muhira* »

Ce qui veut dire : « *les parents devraient s'efforcer à venir ici au centre AKAMURI pour que nous leur apprenions la façon dont on enseigne les enfants déficients mentaux pour que ces premiers puissent poursuivre ces enseignements quand l'enfant est à la maison* »
MPA souhaite que le centre puisse être transformé en une école à régime d'internat pour que ces enfants puissent y passer plusieurs jours en suivant des exercices sur la propreté sphinctérienne ainsi que d'autres apprentissages importants.

7.4. Cas IRA

IRA est un éducateur des enfants handicapés mentaux au centre AKAMURI. Il a trente deux ans enfants dont douze qui ne maîtrisent pas les sphincters. Détenteur d'un diplôme A2, Il vient de passer deux ans et trois mois dans ce centre. Il nous a bien signifié que les enfants qu'il éduque ont un retard mental profond et ne s'adaptent pas facilement à l'apprentissage à la propreté sphinctérienne.

Il raconte : « *Abo bana bamaze ngaha imyaka irenga ibiri ariko n'abana baje ejo bundi baramaze kubacako* ».

Ce qui veut dire que : *« Ces enfants viennent de passer deux ans ici mais ils ont été déjà devancés par ceux qui sont venus ici très récemment ».* Comme ces enfants ne peuvent pas montrer qu'ils veulent aller à la toilette, IRA les soumet à un horaire bien précis pour les conduire à la toilette mais comme ces douze enfants sont arriérés profondément, les chances de réussir tendent vers zéro, a dit IRA.

Il explique que : « *Erega si abana bose bashika ku rugero rwo kwigenga muri ivyo vyisuku, abana bafise ubukehabwenge bunini hari igihe bidakunda ».*

Ce qui veut dire : « *Ce ne sont pas tous les enfants qui atteignent l'autonomie en ce qui est de la propreté, pour les enfants qui ont un handicap mental sévère l'acquisition de la propreté est presque impossible »*

Pour IRA le fait de ne pas atteindre ses objectifs constitue une entrave majeure car il arrive des moments où IRA se décourage par le fait qu'il fournit ses efforts sans atteindre de bons résultats. Il dit avoir besoin de formations supplémentaires de la part des spécialistes pour qu'il puisse avoir beaucoup de notions sur l'éducation des enfants handicapés mentaux. En fait il n'a eu que quelques formations. «*Ntabintu vyinshi tubigisha kandi ni iyo ni intambamyi ikomeye.* »

Ce qui veut dire en français : *« il n'y a pas grand-chose que nous leur apprenons et cela constitue une grande entrave »*

Pour une meilleure éducation des enfants arriérés mentaux, IRA souhaite des formations des éducateurs car leur travail nécessite un recyclage pour adapter un niveau de formation particulière; recrutement des éducateurs car le nombre d'enfants dépasse largement le nombre des éducateurs qui les prennent en charge, et il devient difficile de les suivre en même temps. IRA souhaite que d'autres églises emboitent le pas de l'église catholique en créant des centres de prise en charge des enfants arriérés mentaux pour que le centre AKAMURI soit désengorgé.

7.5. Cas MO

MO est une éducatrice d'enfants arriérés mentaux au centre AKAMURI. Elle vient de passer cinq ans au sein ce centre.

Elle a une formation universitaire en Psychologie Clinique et Sociale. Elle a dans ses classe quatre enfants handicapés mentaux qui ne contrôlent pas les sphincters.

Pour apprendre aux enfants à être propres, MO vise un niveau d'autonomie qu'elle traduit comme suit: *« Gushobora kwiyambura impuzu, ukumenya aho ico ashaka kibera, kumenya uko akigira wenyene atawe abajije* ». Cela veut dire : *« c'est pouvoir se déshabiller, savoir où se réalise ce dont on a besoin, savoir comment le faire soi-même sans consulter qui que ce soit »*

MO explique la « technique de fixation » qu'elle applique quand elle habitue l'enfant à utiliser la toilette ou aussi à faire des gestes montrant qu'il veut aller à la toilette.

Ces gestes sont entre autres toucher sur ces organes génitaux ou sur ses fesses, indiquer par le doigt le lieu où se trouve la toilette, il peut faire des coups de pied sur terre, etc.

Selon MO, l'apprentissage à la propreté sphinctérienne est un travail nécessitant une vocation et non beaucoup de connaissances acquise à l'école ou dans des formations de recyclage, en la matière. Si on se fie beaucoup aux connaissances acquises sur l'éducation des enfants handicapés mentaux, il y a risque d'abandonner ces enfants ou de passer outre la devise du centre AKAMURI. Son niveau de satisfaction est très faible en ce sens qu'au cours d'une année, elle peut avoir un seul cas d'enfant qui réussit sinon pas un seul.

MO connaît des impasses dans sa profession. « *Twebwe duhura n'intambamyi nyishi kuko twigisha abana batari « valides » ico conyene kirerekana ko intambamyi zitobura ».*

Ce qui veut dire *: « Nous nous heurtons à beaucoup d'entraves car nous enseignons des enfants « non valides ». Ce seul facteur suffit pour que notre métier connaisse beaucoup d'entraves ».*

Une autre entrave évoquée par MO est que les parents amènent les enfants au centre très tardivement et cela rend difficile quelques apprentissages. De plus, la non collaboration des éducateurs avec les parents des enfants arriérés mentaux et cela notamment par manque de sensibilisation, fait que ces derniers ne savent pas que leurs enfants handicapés mentaux sont capables de quelque chose.

Après avoir révélé les quelques entraves qu'elle rencontre, MO exprime ses souhaits pour que l'apprentissage à la propreté réussisse.

Elle indique que, la part de l'Etat doit être remarquable en sensibilisant la population su ce qu'est le handicap mental. Il a dit en Kirundi que : « *Vyiza leta iba ikwiye kumenya ivyo dukeneye ikabiduha ikongera ikitaho indero y'abana babakehabwenge kuko nabo nyene baguma ari abana b'Igihugu. Ikindi naco leta yogerageza guhimiriza abanyagihugu bakamenya icarico gukeha ubwenge* »

Ce qui veut dire : « *L'Etat devrait être au courant de ce dont le centre a besoin pour le rendre disponible chaque fois que de besoin et, en plus, il doit se soucier de l'éducation des enfants handicapés mentaux car, malgré tout ils restent des enfants du pays. L'Etat devrait aussi sensibiliser la population pour qu'elle sache ce qu'est le handicap mental* ». MO estime enfin qu'il devrait y avoir des fonds supplémentaires des bienfaiteurs volontaires pour qu'il y ait un groupe d'éducateurs qui puisse aller voir les parents des enfants handicapés mentaux chez eux afin d'échanger des connaissances.

7.6. Conclusion

Les enfants sont de différents âges selon la classe et leurs degrés du handicap. Par exemple, un enfant de dix ans ayant l'arriération mentale profonde ou sévère peut partager la même classe avec un enfant de cinq ans du même degré de handicap. Après avoir présenté ce que nous avons récolté de la part des cinq enquêtés, nous allons faire suivre ce que l'étude a révélé quant aux stratégies, impasses rencontrées par les éducateurs au cours l'éducation des enfants handicapés mentaux et leurs souhaits.

CHAPITRE VIII : STRATEGIES D'APPRENTISSAGE A LA PROPRETE A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE

8.0. Introduction

Toute action éducative, pour être bien réalisée, doit respecter un certain nombre de règles psychopédagogiques. Cela veut dire qu'il y a des méthodes et stratégies qui sont relativement indispensables pour un bon déroulement de l'apprentissage. Cela reste valable tant pour les écoles ordinaires que les écoles spéciales. Le centre AKAMURI dont il est question dans la présente recherche éduque les enfants « non valides » qui ont une capacité intellectuelle qui ne permet que quelques apprentissages. Or, d'après AUMONT «... *ce n'est pas la compétence qui fait défaut à l'apprenant, mais l'absence d'une méthodologie d'apprentissage assurant une habitude « évocative » efficace, ... »*[51]. Pour de tels enfants, une bonne connaissance des problèmes auxquels on a affaire est susceptible de donner de bons résultats quant à leur éducation. Les stratégies que les éducateurs du centre AKAMURI adoptent sont variables en fonction du degré du handicap ou de l'inadaptation de l'enfant.

8.1. Conditionnement

Le conditionnement dont il est question, ici, consiste à accoutumer les enfants déficients mentaux ne maîtrisant pas les sphincters à poser un comportement suite à un stimulus qui est, ici, le besoin d'aller à la toilette. Le conditionnement se définit comme étant[52]....*« une procédure d'apprentissage au centre des théories behavioristes... décrite comme une technique permettant à un stimulus neutre d'induire une réponse réflexe qu'il n' induit pas naturellement ».*

Parmi les stratégies d'apprentissage à la propreté sphinctérienne, une grande partie des éducateurs de ces enfants ont beaucoup insisté sur l'apprentissage par conditionnement. D'après BU l'apprentissage par conditionnement consiste à soumettre l'enfant à un horaire bien régulier d'aller à la toilette pour que l'enfant en soit conditionné.

Bien que BU ait insisté sur la variabilité de cet horaire en fonction des objectifs à atteindre, elle a préféré nous présenter son horaire en guise d'illustration de ce qu'il venait de nous dire :

---

[51] AUMONT, BE., L'Acte d'apprendre, Paris, P.U.F, 1992, p.28.

[52] Fr.Wikipedia.org/wiki/conditionnement_ psychologie consulté le 8 janvier, 2015 à 20 heures.

- Après le petit déjeuner elle emmène les enfants à la toilette et les place sur les sièges de la toilette. Elle a également indiqué qu'elle doit attendre un « peu » de temps pour voir si l'enfant fait ses besoins ou pas ;

- Au moment de la récréation ; elle refait le même exercice ainsi qu'après le repas de midi.

Cet horaire, ajoute BU, peut être efficace à un tel enfant et inefficace à un tel autre, ce qui vient expliquer que cette stratégie n'est pas une panacée dans l'apprentissage à la propreté sphinctérienne.

8.2. Ne pas mettre les couches-culottes

Bu a également conseillé les parents des enfants handicapés mentaux ou tout simplement inadaptés de ne pas faire porter les couches culottes à leurs enfants car dit-elle : *« umwana iyo yambaye couche-culotte aca abona ko vyose abirekuriwe. Kubwivyo aca aguma yiyononako kuko abona ko umengo abavyeyi baramushigikiye muri uko kwiyononako ».* Ce qui veut dire: *« Si l'enfant porte des couches-culottes, il se dit que tout lui est permis. De ce fait, il continue à faire ses besoins dans ces couches car il considère que ses parents le soutiennent dans ce qu'il fait »*

Pour ainsi dire que quand l'on veut apprendre à un enfant « valide » ou « non » à faire quelque chose vis-à-vis d'un stimulus quelconque, il faut le tenir dans son état simple (ne pas porter des couches-culottes). En effet lorsque l'enfant porte des couches-culottes, il se rend compte que son comportement est bien reçu et compris par ses parents ou ses frères et sœurs et cela handicape le processus d'apprentissage à la propreté sphinctérienne pour cet enfant. Le port des couches-culottes pour les enfants arriérés mentaux est une erreur de la part de certains éducateurs car l'enfant aura toujours tendance à faire kaka ou pipi dans ses habits, mais cette attitude inhibe ses potentialités de pouvoir s'adapter et signaler aux personnes qui peuvent l'aider dès que le besoin d'aller à selle se fait sentir. Normalement, l'enfant qui ressent le besoin d'aller à selle devrait être conscient de ce que représente le stimulus et pouvoir intégrer le stimulus au niveau de ses habitudes.

Il doit donc être capable de savoir ce qu'exige son éducateur en particulier et sa société en général par rapport à la réponse acceptable vis-à-vis du stimulus.

Le conditionnement permet ainsi à l'enfant handicapé mental, ne contrôlant pas ses sphincters, à se servir de ce qu'il a appris comme jeux (une routine) à réaliser quelque chose d'acceptable par son éducateur à l'école et par ses parents à la maison. Expliquant le conditionnement. GOUPIL dit que : *« le conditionnement crée une liaison fonctionnelle nouvelle entre le stimulus primitivement neutre et une réponse conditionnée et aux différents modes d'apprentissages correspondent également des liaisons nouvelles entre une situation répétée et la réponse du sujet ».*[53]

Ce type d'apprentissage est beaucoup plus efficace chez les enfants ayant un handicap mental léger. Les éducateurs nous ont bien signifié que les enfants à handicap mental profond apprennent les mêmes exercices que les autres à handicap léger mais leur niveau d'adaptation reste très faible.

Le conditionnement permet à l'enfant à l'enfant de faire une association entre le stimulus et une réaction conséquente qui doit en résulter, selon ce qu'oblige son éducateur ou en somme la société.

8.3. Exercices de psychomotricité

La propreté sphinctérienne est aussi rendue possible par le fait que l'enfant est capable d'exercer des mouvements psychomoteurs. Pour que l'enfant puisse se déplacer d'un lieu à un autre, s'habiller ou se déshabiller,... il faut qu'il puisse être habile en ce qui est de la coordination des mouvements à un but visé et pensé. Comme la toilette ne se trouve pas tout près de l'enfant, ce dernier doit se déplacer pour y aller et cela nécessite une évolution cognitivo-motrice. D'après Picq « *l'éducation psychomotrice est une action pédagogique et psychologique utilisant les moyens de l'éducation physique dans le but de normaliser ou d'améliorer le comportement de l'enfant ».*[54] L'enfant déficient mental ne maîtrisant pas les sphincters qui est capable de coordonner les mouvements a déjà un pas d'avance en ce qui est de l'acquisition de la propreté. Il serait donc irrationnel de séparer la motricité et le psychologique de l'individu car l'homme est une unité psychosomatique.

---

[53] GOUPIL, P., op. cit., p.6.
[54] PICQ, L., Education psychomotrice et arriération mentale, Paris, Doin, 1976, p.55.

8.3.1. Psychomotricité

Une autre stratégie de l'apprentissage à la propreté sphinctérienne est l'apprentissage de la psychomotricité. L'enfant infirme moteur cérébral reste incapable de quelques mouvements et ceci affecte directement son évolution par rapport à l'acquisition de la propreté. Ceci montre qu'il y a une relation entre la motricité et l'activité mentale. Ceci est confirmé par Picq quand il dit que : *« le dynamisme moteur est étroitement lié à l'activité mentale : de l'acte moteur à la représentation mentale, tous les niveaux, tous les étages de relation entre l'organisme et le milieu »*[55]

Au centre AKAMURI, les enfants infirmes moteurs cérébraux font souvent leurs besoins dans les habits car ils ne peuvent pas les enlever. Ils ne peuvent pas signaler à leurs éducateurs si le besoin d'aller à selle se fait sentir. C'est l'avis de MI qui affirme que : « *Abo bana baba bafise ingorane yo gufungura ibifungo, canke yo kumanura itireti, canke kumanura impuzu yo hepfo. Abo bana tuca tubigisha ama exercices ajanye na psychomotricité aho akoresha intoke cane kugira azotebe amenye gukoresha amaboko yiwe ».* Ce qui veut dire en français : « *ces enfants ont un problème de déboutonner ou de dégager les boutons de leurs boutonnières ou de descendre les tirettes de leurs habits ou encore de descendre leurs culottes, pantalons ou jupes,...De tels enfants, on les fait subir des exercices en rapport avec la psychomotricité où ils utilisent leurs mains pour qu'ils sachent les utiliser correctement »*

Ces exercices mûrissent l'enfant en ce qui est du mental et du physique. Au cours de l'apprentissage MI a essayé de disponibiliser les habits et les outils divers qui sont souvent manipulés par les enfants déficients mentaux qui ont un problème de psychomotricité. A force d'endurance, de la part des éducateurs, prenant une période relativement importante, MI nous a affirmé qu'il tient le coup car bien qu'il soit impossible de transformer un handicapé mental en un individu « normal », ce ne serait pas humain de délaisser ces enfants et que ceux-ci restent inadaptés sociaux car ils ont des capacités intellectuelles à développer, bien qu'en dessous de la moyenne, et à les intégrer socialement. En dépit de tout cela, selon le niveau du handicap de l'enfant (handicap mental profond), il s'avère pratiquement impossible de développer le niveau d'intelligence des enfants déficients mentaux. Et de tels enfants n'ont besoin que d'un soutien quotidien dans tout ce qu'ils font.

---

[55] Picq, L. , Op. cit, p.89.

Ces enfants déficients ont souvent un problème d'organisation praxique d'exercer les mouvements et de les coordonner en vue d'une intention ou d'un but. L'instabilité motrice qui s'ajoute au problème du handicap mental, fait que ces enfants font souvent leurs besoins dans les habits, et selon MI, de tels enfants prennent un temps relativement long pour s'adapter.

Les exercices de psychomotricité sont souvent boudés par quelques enfants handicapés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters. D'autres enfants prennent ces exercices pour des jeux de tous les jours et cette impression aide les enfants à considérer cet apprentissage comme un acte aimé et préféré.

L'observation du comportement des éducateurs au cours des apprentissages de psychomotricité fait état de certains enfants qui manifestent généralement un intérêt relativement remarquable à l'apprentissage et d'autres qui apparemment boudent leurs éducateurs. Rappelons, à toutes fins utiles, que ces exercices se déroulent dans des séances régulières et avec les limites de temps pour ne pas fatiguer l'enfant. Les éducateurs commencent d'abord, par des exercices automatisés et les mêlent, ensuite à ceux un peu nouveaux et terminer, enfin, par des exercices automatisés pour que l'enfant reste sur sa soif de les répéter toujours. Au cours de ces exercices, nous avons constaté que les éducateurs ne cèdent pas facilement à la négligence et au désintérêt des enfants. Et ceci est soutenu par REY : « ..., *l'enfant se montre rétif ou capricieux, on restera exigeant. Quand, par le comportement passé, on a la preuve que l'enfant est capable d'exercer une certaine tâche, on ne transigera donc pas et on l'obligera à la terminer. Céder aux caprices, c'est donner bientôt à l'arriéré une technique pour travailler quand cela lui plaît* ». [56]

Les éducateurs des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters ont un courage remarquable car ils éduquent des enfants sans grand espoir de les transformer en enfants « normaux », ils ne savent donc quand ils atteindront leurs objectifs.

MI qualifie sa tâche de très utile à la société car bien que l'enfant ne recouvre pas la normalité, il affiche quand même des comportements acceptables par la société suite à l'effort des éducateurs. MI croit en ce qu'il fait et se dit engagé au service de la société.

---

[56] REY, A, op. cit. p.73.

Au cours de l'apprentissage, les éducateurs ont souvent tendance à suivre les enfants qui peuvent se déplacer pour faire des exercices et accorde une attention à ceux qui ont une capacité psychomotrice très minime.

8.3.2. Apprentissages par des gestes

La communication entre les humains ne se limite pas à la communication verbale ; il y a aussi une communication non verbale, avec des gestes et mimique, etc. Tenant compte de l'importance, irremplaçable, de la communication au sein de toutes les sociétés, le centre AKAMURI se donne aussi pour objectif d'apprendre aux enfants arriérés mentaux dépourvus d'une communication verbale, à communiquer par des gestes. Personne ne peut se développer économiquement, intellectuellement, socialement, culturellement,... quand il se replie sur lui-même. C'est du moins l'avis de VAYER et DESTROOPER pour qui : « *l'être humain ne peut vivre, se développer, évoluer, ...qu'en communiquant avec le monde qui l'entoure* »[57]

Quelques enfants handicapés mentaux sont parfois incapables de s'exprimer. Lorsqu'ils veulent raconter quelques choses ou poser des questions, ils utilisent un langage gestuel bien que celui-ci reste très fruste.

L'enquête au centre AKAMURI, révèle que les enfants déficients mentaux apprennent à signaler aux personnes « normales » que le besoin d'aller à selle se fait sentir. Le langage gestuel suppose que l'enfant comprend ce qu'il veut dire, mais qu'il lui manque une communication verbale pour l'éclaircissement.

Au centre AKAMURI, ce type de communication existe mais le problème qui se pose est que ces gestes ne sont pas universels car ce sont les éducateurs qui les inventent et leur donnent des significations.

Selon MPA les enfants handicapés mentaux apprennent à exprimer leurs besoins par des gestes. Elle raconte en Kirundi ce qui suit : « *tumuha ama remarques tukamwigisha ama signes aho kudida ikirenge hasi bisigura ko ashaka kuja ku mwanda muto, kwikubita ku bisusu navyo bisigura ko umwana ashaka kwituma umwanda mukuru, hanyuma tukamujana muri toilette tukamwereka ko ari vyiza kuyikoresha. Ariko ayo ma signes hariho nkayandi*

[57] VAYER, P., DESTROOPER, J., Dynamique de l'action éducative chez l'enfant inadapté, Paris, Doin, 1974, p.10.

yerekana ibintu vyo mubuzima bwa misi yose, uturorero : kwifata munda wunamye bisigura kuribwa munda, kwifata munda ahagaze bisigura ko umwana ashonje »

Ce qui veut dire en Français que : « *nous lui donnons des remarques, nous lui apprenons des signes où taper par terre à l'aide des pied signifie que l'enfant veut aller faire son petit besoin, se frapper sur les fesses signifie que l'enfant veut aller à selle, puis nous le conduisons à la toilette et on lui montre la nécessité d'utiliser la toilette. Mais les signes ne se limitent à ceux cités car il y en a d'autres qui représentent les choses de la vie quotidienne, exemple : toucher le ventre, le corps incliné signifie, que l'enfant a mal au ventre, se tenir à ce même niveau étant débout signifie que l'enfant a faim.* »

L'apprentissage par des gestes est tout à fait complexe car il est difficile de se faire comprendre surtout quand on a affaire à des enfants handicapés mentaux. Ces difficultés résident au niveau du décodage de ce type de langage car il est aussi simple que complexe. Ceci est affirmé par OLERON que *: « par rapport à la langue orale, le langage gestuel comporte beaucoup de simplifications et prend de grande liberté avec des règles que la grammaire impose »*[58]

Les éducateurs essayent de relativiser ces gestes avec les choses de la vie que ces derniers peuvent représenter. Ces gestes sont d'après notre observation bien appris et par une grande partie des enfants ayant une déficience mentale légère et moyenne. Il y a une autre partie des enfants ayant une arriération mentale sévère et profonde qui, malgré les efforts des éducateurs, n'arrivent pas à relier les gestes et l'action correspondante. Un enfant par exemple peut poser un geste qui n'a rien à voir avec ce dont il a besoin. Il peut montrer qu'il a besoin d'aller à selle alors qu'il a besoin de l'eau à boire. Ce qui veut dire que quelle que soit la somme des efforts fournis, certaines réussites restent loin de la portée des enfants.

Les échanges entre les humains est un facteur important pour développer leur personnalité. La socialisation dès la petite enfance à partir du moment où l'enfant n'est pas capable de décoder ce que disent ses frères et sœurs ou ses parents est un facteur déterminant dans le développement du petit enfant.

---

[58] OLERON, P., L'Education des enfants physiquement handicapés, Paris, P.U.F, 1976, p.10.

Pour un enfant handicapé mental ne dont la capacité de communication est minime ou absente, il devient pour lui impossible d'intérioriser les valeurs de sa société, y compris la propreté sphinctérienne. D'après VAYER et DESTROOPER : *« la personnalité, c'est-à-dire ce qu'est l'être actuellement, ce qui le caractérise, est dans tous les cas le résultat des échanges que celui-ci a assurés avec le monde »*[59]Ils poursuivent que toute éducation a une double orientation et une double polarité. Elle est centrée d'une part sur l'individu dont elle propose de développer les possibilités latentes, elle est axée d'autre part sur la société puisqu'elle façonne l'individu pour le conduire à connaître les exigences du groupe.

Le centre AKAMURI, voudrait donc, à ce sujet, faire des enfants handicapés mentaux, une population répondant au besoin et aux valeurs de la société. Ainsi, une partie non négligeable des enfants ne maîtrisant pas les sphincters arrive à répondre aux besoins du centre, c'est-à-dire à signaler leurs besoins aux personnes qui peuvent les aider.

8.3.3. Conclusion du chapitre

Au cours de notre passage au centre AKAMURI, nous avons remarqué que les stratégies d'apprentissage à la propreté sphinctérienne sont essentiellement basées sur le conditionnement, la psychomotricité et l'apprentissage par des gestes. Après avoir analysé ces stratégies, nous avons constaté que les éducateurs mettent une grande importance sur l'autonomie des enfants en ce qui est de la propreté. Les trois stratégies adoptées au centre AKAMURI sont relativement complémentaires suivant le degré du handicap de l'enfant. Le chapitre suivant va cerner les difficultés des éducateurs par rapport à l'apprentissage de la propreté sphinctérienne.

[59] VAYER, P., DESTROOPER, J., Dynamique de l'action éducative chez l'enfant inadapté, Paris, Doin, 1974, p.10.

CHAPITRE IX : DIFFICULTES PAR RAPPORT A L'ENTRAINEMENT A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE

9.0. Introduction

Toute action éducative ne peut pas manquer de défis et cela dépend de plusieurs facteurs selon le temps et l'espace dans lesquels se réalise cette éducation. Au Burundi, l'enseignement connait beaucoup de problèmes même dans les écoles ordinaires. Le problème devient délicat quand on parle de l'enseignement spécialisé. Il s'agit de multiples établissements dans lesquels les enseignants spécialisés assurent une scolarisation adaptés aux élèves handicapés qui y sont aussi éduqués et soignés. En général, Au Burundi les enfants handicapés mentaux ne sont pas bien suivis et suite aux facteurs multiples. En particulier, le rôle du gouvernement reste jusqu'aujourd'hui insignifiant, les parents qui ne savent pas où diriger les enfants handicapés mentaux quand ce handicap se fait remarquer.

Nous ne saurions donc évoquer toutes les difficultés qui se posent au niveau de l'éducation à la propreté sphinctérienne car très complexe, non généralisables et variantes en fonction des cas. Au cours de notre entretien avec les encadreurs des enfants handicapés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters, ils nous ont brossé quelques impasses par rapport à l'éducation des enfants handicapés mentaux.

9.1. Difficultés liées Environnement social de l'enfant

L'éducation étant fonction de la société, l'enfant est, pour cette raison, éduqué dans la société en fonction des besoins de la société. Il est donc normal que la société définisse ce qui est qualités ou défauts dans la vie quotidienne en fonction des règles et valeurs qu'elle prône. L'environnement social de l'enfant est constitué de trois parties qui sont complémentaires les unes des autres à savoir : la famille, l'école et l'entourage ou le voisinage.

L'enfant handicapé mental est éduqué dans les trois milieux totalement différents. Au cours d la journée l'enfant est au centre AKAMURI, les nuits et les vacances l'enfant vit entouré par sa famille et par son entourage. Malheureusement, l'enquête a révélé l'absence de collaboration entre les parents et les éducateurs du centre AKAMURI alors que les deux catégories d'éducateurs ont des tâches similaires en ce qui est de l'accompagnement de l'enfant déficient mental vers son autonomie.

BU raconte : *« naho umwana twogerageza kuja kur toilette ari ngaha mukigo AKAMURI, ageze muhira baca basa n'abamusubiza inyuma kuko baca bashaka kumukorera ivyo akeneye vyose bakibagira kumwigisha kuvyikorera »*

Ce qui signifie : *« même si nous essayons d'apprendre l'enfant à aller seul à la toilette au centre AKAMURI, une fois à la maison, on lui fait régresser car les parents aident l'enfant à faire tout ce qu'il veut et ils oublient de l' habituer à les faire par lui-même »*

A la maison, l'enfant arriéré mental qui avait un peu évolué en ce qui est de l'autonomie, se retrouve dans un endroit où on a tendance à faire tout pour lui sans toutefois le laisser développer ses capacités intellectuelles bien que minimes.

L'entourage de l'enfant déficient mental ne maîtrisant pas les sphincters lui aussi ne favorise pas son épanouissement pour son évolution vers sa dépendance. La société burundaise suite à son ignorance ne cesse de stigmatiser l'enfant handicapé mental. Il n'est pas facile pour un enfant déficient mental de former un groupe avec des enfants « valides ». Ces derniers ont tendance à isoler un tel enfant qu'ils prennent pour un « fou » ou pour un « idiot ». Certains parents ont de ce fait, tendance à surprotéger les enfants handicapés mentaux et à les faire porter des couches-culottes car ils les considèrent, souvent à tort, comme des « incapables ».

9.1.1. Surprotection de L'enfant arriéré mentale

Au cours de notre séjour au centre AKAMURI, il nous a été donné de découvrir que l'angoisse ou le manque d'expérience peuvent amener certains parents à surprotéger leurs enfants déficients mentaux. Cependant au nom même de la « sécurité », les parents exposent leurs enfants à beaucoup de problèmes. Evidemment, les parents ne désirent que le bien de leur enfant, mais il y a une grande distinction à faire entre protection et surprotection. En effet certains parents le font par ignorance et sous prétexte de faire de leurs descendants handicapés mentaux des enfants chouchous. MPA indique : *« erega nabo bavyeyi nyene ntibaba bazi ko bariko bakorera nabi umwana wabo ».* Ce qui signifie : *« ces parents ignorent qu'ils sont en train de causer du préjudice à leurs enfants »*

En surprotégeant l'enfant handicapé mental ne maîtrisant pas les sphincters, ses parents se figurent qu'ils sont en train de faire preuve de leur amour envers leur enfant, mais cela ne fait que handicaper ses capacités et mettre à mal son développement intellectuel car il perd toute notion d'initiative pour atteindre sa propre autonomie.

La surprotection devient abusive quand elle atteint le niveau d'entraver le développement de l'enfant. Chaque parent doit apprendre à protéger son enfant contre tous les dangers de l'environnement, mais il est important de ne pas tomber dans la surprotection.

Faire quelque chose à la place de l'enfant ne favorise pas son développement mais le maintient dans son état de dépendance. Cette attitude surprotectrice nuit à l'estime de l'enfant qui y voit la confirmation de son incapacité à faire les choses lui-même. L'éducation en soi devrait avoir pour objectif de conduire l'enfant jusqu'à ce que sa société l'accepte comme son membre et non un marginal ou un déviant.

Les propos de NDAYISABA et DE GRANDMONT explicitent mieux le but de l'éducation : « *l'éducation dans sa tendance actuelle à travers le monde, vise non plus uniquement à assister le handicapé mais aussi et surtout à l'éduquer, c'est-à-dire à lui donner tous les moyens physiques, intellectuels et matériels pour qu'il devienne le plus autonome possible et par là même, qu'il se prenne en charge malgré ses difficultés* »[60]

Il y a donc, d'après le centre AKAMURI, grand intérêt d'éduquer les personnes déficientes intellectuelles car ces derniers peuvent être utiles à la société. D'où donc l'implication de tout en chacun dans la compréhension des personnes handicapées et dans leur prise en charge dans leurs familles respectives et dans les institutions spécialisées.

9.1.2. Le laxisme

De l'avis de BU, la surprotection et le laxisme sont des choses qui doivent être frappées d'exclusion dans le « long » processus d'éducation des enfants handicapés mentaux. Comme la surprotection, le laxisme nuit au développement de l'enfant handicapé mental en général. Il consiste à montrer à l'enfant que tout lui est permis et qu'il peut faire ce qu'il veut quand il veut, sans interdit ni frustration et cela handicape sa socialisation et sa progression vers l'autonomie. Cette absence de contrainte et de limite à l'enfant, sous prétexte qu'il est malade, doit, en tout cas de figure, occasionner un préjudice à son évolution.

Une fois au centre, l'enfant dont les parents sont laxistes manifeste un manque d'initiative, travaille quand il veut car il n'a pas eu de notion de loi au niveau de sa socialisation.

---

[60] NDAYISABA, J. et DE GRANDMONT, N, op. cit. p.77.

L'enfant a tendance à remplacer le travail que lui donnent ses encadreurs par les jeux. Il aime fournir un le moindre effort possible envers ce qui se manifeste comme obligation. Sans frustration personne ne peut se développer car le monde est exigeant et incarne des frustrations. En comblant une attention excessive à leurs enfants handicapés, les parents eux-mêmes gênent l'effort des encadreurs dans l'éducation à la propreté sphinctérienne.

9.1.3. Port des couches-culottes

Une autre impasse évoquée par les éducateurs des enfants arriérés mentaux au centre AKAMURI est le fait que les parents font porter des couches-culottes aux enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters. En effet, pour éviter que leur enfant handicapé mental fasse les besoins dans sa culotte ou jupe, il préfère le faire porter des couches-culottes

En faisant porter des couches-culottes, les éducateurs ou leurs parents étouffent les capacités de l'enfant. Le problème devient « résolu » car la non maîtrise des sphincters ne lui cause plus aucun tort et il est content et pourtant, le port des couches-culottes pour les enfants ne reste pas socialement valable à un certain âge.

9.2. Manque de formation spéciale aux éducateurs

Le manque d'une formation suffisante chez les éducateurs au centre AKAMURI est une autre forme d'entrave à l'éducation à la propreté sphinctérienne. La plupart des éducateurs nous ont affirmé que les études qu'ils ont faites n'ont rien à voir avec ce qu'oblige leur métier.

IRA nous a bien affirmé que quatre vingt-dix pourcent des éducateurs au centre AKAMURI n'ont pas de qualification quant à l'éducation et cela constitue une entrave dans ce genre d'éducation spécialisé.

Le manque de formation peut avoir beaucoup de conséquences négatives pour les enfants, pour les éducateurs et pour la société en général. Ces conséquences sont multiples notamment le désintéressement, le découragement, le manque de professionnalisme.

Il est contre productif de fournir beaucoup d'effort en éduquant les enfants handicapés mentaux quand on ne comprend pas l'enfant auquel on fait face et surtout en oubliant une « meilleure » stratégie pouvant les conduire à l'aboutissement des objectifs.

Ceci se remarque dans les propos de ROBAYE quand il dit que : *« le dévouement non planifié n'est pas de mise : faute d'études méthodologiques rigoureuses et objectives, les professeurs peuvent « se dévouer » pendant des années en pure perte ou avec comme seul résultat, la frustration, l'amertume et le découragement pour eux-mêmes »*[61].

Il faudra attirer l'attention de tout le monde que la non réussite à la maîtrise de la propreté sphinctérienne n'est pas toujours causée par l'imprudence ou l'inconscience professionnelle des éducateurs. Il y a beaucoup de conditions qui se réunissent et qui entravent l'autonomie de l'enfant (arriération sévère et profonde par exemple). En dépit de tout cela, Au centre AKAMURI nous avons constaté des éducateurs qui gourmandent les enfants handicapés mentaux et qui ne veulent pas que ces enfants les touchent et ils les refoulent dès qu' ils tentent de s'approcher d'eux. Le respect de la déontologie professionnelle, éthique et la morale sont des piliers du professionnalisme digne de son nom. Etre professionnel sous-entend que la personne, considérée comme tel, possède des compétences spécifiques pour bien exercer sa pratique. La compétence éthique représente le cœur de cette valeur.

Par manque de formation, des éducateurs sont ennuyés quand ils sont en train d'éduquer ces enfants dits invalides ce qui handicape, sur toutes ses formes, l'apprentissage à la propreté sphinctérienne des enfants handicapés mentaux. Il est d'autant vraie que ces encadreurs sont désintéressés et découragés et tolèrent mal voir un enfant de quinze ans ou plus faire ses besoins dans sa culotte ou sa jupe. Les objectifs que se fixent les éducateurs ne sont pas atteints à la période attendue ou ils ne sont jamais atteints, d'où le découragent

C'est du moins l'avis de MPA : *« Ico gihe kirashobora kuba kirekire rwose gushika aho tubona ko bitazoshoboka, haragera n'igihe vyanka ko uyo mwana tumushikana kuri autonomie kuko baba bafise ubukeha bwenge bunini cane ».*

Ce qui veut dire en français : *« cette période peut se prolonger jusqu'à un moment où nous constatons que c'est impossible, il arrive des cas où nous sommes incapables de conduire l'enfant jusqu' à l'autonomie et cela s'explique par le fait que l'enfant a un handicap mental très profond ».*

Par rapport à ce désintéressement et découragement des éducateurs, les enfants sont eux aussi découragés et ne manifestent aucun intérêt de continuer les apprentissages et cela constitue une entrave comme tant d'autres.

---

[61] ROBAYE, M., op. cit. p.41.

9.3. Effectifs élevés d'enfants

Comme nous l'avons constaté au cours de notre enquête, le travail d'éduquer les enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters est un travail nécessitant l'attention et le courage de la part des éducateurs. Avoir un effectif élevé d'enfants « invalides » constitue une lourde tâche dans le suivi régulier que les éducateurs doivent manifester vis-à-vis de ces enfants handicapés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters. Il est donc difficile, pour un seul éducateur de gérer des enfants « invalides » ne maîtrisant pas les sphincters car ils sont très difficiles à maîtriser étant donnés que la plupart d'entre eux sont instables et ne peuvent pas rester calme pour suivre les enseignements. Pour ce, l'enseignant accumule un fatigue excessive qui est préjudiciable à sa santé. En plus, son temps de repos et de loisirs est réduit au minimum ce qui expose ces enseignants au risque de surmenage aigu et de stress professionnel chronique.

9.4. Conclusion du chapitre

Les entraves liées à l'éducation des enfants arriérés mentaux ne contrôlant pas les sphincters sont de divers ordres. Nous sommes revenu sur celle dont nous ont parlé nos enquêtés. Ainsi, les impasses que rencontrent les éducateurs des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters sont, en bref, occasionnées par l'insuffisance du matériel, le financement du centre qui vient tardivement ou qui ne vient pas régulièrement, la non collaboration entre les familles des enfants handicapés et le centre AKAMURI ainsi que le manque de formation spéciale.

CHAPITRE X : PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE EDUCATION A LA PROPRETE SPHINCTERIENNE

10.0. Introduction

Face aux défis qui s'imposent dans l'apprentissage à la propreté sphinctérienne, les éducateurs rencontrés ont émis des souhaits en vue d'alléger leur tâche. Quelques problèmes proviennent des éducateurs eux-mêmes et bien d'autres sont causes par la non collaboration des parents avec les éducateurs.

10.1. Diagnostic précoce du handicap mental.

Connaître très tôt ce dont souffre une personne handicapée est déjà un pas pour un meilleur traitement et cela reste valable dans le domaine tant psychologique que physique. Au Burundi, la présence du handicap mental est une évidence, mais les centres de prise en charge des personnes qui ont en souffrent sont très minimes.

Le diagnostic du handicap dont souffre un enfant est une étape directrice d'un meilleur suivi de cet enfant dans sa prise en charge. Tous les éducateurs nous ont affirmé que plus de quatre vingt dix pourcent des parents ayant les enfants arriérés mentaux amènent ces enfants au centre après une longue période. Quelques parents ne comprennent pas le handicap mental et font souvent recours aux devins-guérisseurs en figurant que le handicap relève des esprits démoniaques et/ou de la métaphysique.

Les éducateurs proposent à ce sujet la contribution de l'Etat dans la création des centres de prise en charge des enfants dans toutes les provinces du pays afin de permettre que le diagnostic se fasse précocement et faciliter la prise en charge.

10.2. Recrutement d'un personnel compétent.

Pour mener à bon port la tâche d'éducation à la propreté sphinctérienne, il ne suffit pas seulement de diagnostiquer le handicap à temps, il faut un personnel compétent et spécialisé dans l'éducation et la prise en charge des enfants handicapés mentaux.

IRA ne mâche pas ses mots : « *nta bintu vyinshi tubigisha kandi niyo intambamyi* ». Ce qui veut dire : « *il n'y a pas grand-chose que nous leur apprenons et cela constitue une grande*

entrave » Ce n'est pas tout le monde qui peut s'improviser dans la prise en charge de l'enfant handicapé mental et réussir. Il faut, en plus du dévouement et de la motivation, avoir des connaissances appropriées.

Dans notre recherche, nous avons travaillé sur le personnel du centre AKAMURI qui s'occupe de la prise en charge des enfants handicapés mentaux. Le constat a été que ce centre accueille beaucoup d'enfants alors que le personnel compétent est en nombre très réduit.

Quelques éducateurs acceptent que leur niveau de formation et et le domaine dans lequel ils ont été formés n'ont rien à voir avec une l'éducation des enfants handicapés mentaux qui ne maîtrisent pas les sphincters. Ces éducateurs souhaitent bénéficier d'une formation spécialisée. Il devrait y avoir une spécialisation pour la prise en charge du handicap mental à différents niveaux. En plus de la formation des encadreurs, ceux-ci devaient avoir été formés sur l'éthique et la déontologie de l'éducation des enfants ayant un handicap mental car il y a des encadreurs qui exercent ce métier dans le but de gagner de l'argent sans respecter les enfants du fait qu'ils ne sont pas propres.

10.3. Implication des parents dans l'éducation des enfants arriérés mentaux

Précédemment, nous avons insisté sur les relations que nouent les deux catégories d'éducateurs, c'est-à-dire les parents et les encadreurs du centre AKAMURI. Comme l'enfant est éduqué dans les deux milieux « différents », les parents devraient subir des formations pour savoir comment prendre en charge les enfants arriérés mentaux quand ils ne sont pas au centre AKAMURI.

Les parents, suite à l'ignorance, manifestent une attitude de laxisme ou de surprotection envers l'enfant arriéré mental ne contrôlant pas les sphincters. S'il est surprotégé ou si ses parents sont laxistes envers lui, l'enfant handicapé mental ne fait aucun progrès sinon chute davantage. C'est ainsi que MPA voudrait que les parents des enfants handicapés mentaux participent dans beaucoup de formations au centre AKAMURI pour qu'ils sachent comment éduquer de tels enfants : *« abavyeyi bokwigora bakaja baraza ngaha mukigo AKAMURI tukabigisha ukuntu bigisha umwana w'umukeha bwenge kugirango inyigisho baronkeye mukigo zibandanirize muhira ».*

Ce qui veut dire : *« les parents devraient s'efforcer à se présenter au centre AKAMURI pour que nous leur apprenions comment on éduque les enfants déficients mentaux afin de poursuivre ces apprentissages quand ils sont à la maison ».*

Il doit y avoir un esprit de complémentarité entre les parents et les éducateurs des enfants au centre AKAMURI.

Si cela est remis en cause, en ce sens que les éducateurs du centre AKAMURI « construisent » et les parents « détruisent », car une fois à la maison, les enfants sont victimes de l'ignorance de leur parents qui ne fournissent aucun effort pour exhiber les potentialités de ces enfants handicapés mentaux.

Pour avoir de meilleurs résultats, il faut que les parents suivent régulièrement l'évolution de leurs enfants. Il doit y avoir une étroite collaboration avec les encadreurs des enfants au centre AKAMURI pour une meilleure prise en charge de leurs enfants.

BU a insisté sur le travail synergique qui devrait caractériser les parents et les éducateurs. Au lieu d'accompagner leurs enfants au moins une journée pendant la semaine, ces enfants sont accompagnés par des bonnes d'enfants qui se fichent de ce qu'apprennent les enfants et qui ne peuvent rien retenir pour être utiles aux enfants une fois à la maison. Cette pratique est beaucoup plus critiquée par les éducateurs du centre AKAMURI, qui affirment que malgré la nécessité des efforts de la part des parents pour trouver le pain du ménage, ces derniers devraient consacrer quelques jours au suivi de leurs enfants. MPA a beaucoup insisté sur la participation active des parents quand elle dit que : *« naho ibibafatira ari vyinshi, uruhara rwabavyeyi goba ntangere kuko abo bana twigisha umwanya munini baba barikumwe nabavyeyi mumihira »* ce qui signifie : *« bien qu'il y ait beaucoup d'empêchements, leur contribution serait important car ces enfants que nous éduquons passent beaucoup de temps à la maison avec leur parents ».*

Les parents ont un rôle important à jouer dans l'éducation de leurs enfants handicapés ou non. L'affectivité des parents, le paiement des frais de scolarité, des soins de santé, le logement, etc. sont des choses indispensables pour le bien-être de l'enfant, mais surtout, il faut que les parents fassent tout cela avec amour sans laxisme ni surprotection.

10.4. Augmentation des centres de prise en charge

Les centres de prise en charge des handicapés mentaux ont été créés mais, jusqu'ici, ils sont en nombre insuffisant. On observe un effectif très élevé d' enfants handicapés mentaux et cela paralyse une bonne qualité de la prise en charge de ces enfants.

BU nous a dit: *« ubushobozi bwo kwakira abana b'abakeha bwenge bwararengewe rwose kandi ubu dufise igitigiri kinini rwose c'abana, ivyo bica bituma bitugora kubigisha ».*

Ce qui veut dire en français*: « la capacité d'accueil du centre AKAMURI a été largement dépassée parce que nous avons un nombre exorbitant d'enfants, ce qui rend difficile l'apprentissage »*
L'effectif élevé des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters et le fait qu'ils doivent retourner toujours à la maison est un autre facteur qui entrave la prise en charge.

MPA a proposé que le centre AKAMURI soit transformé en un centre à régime d'internat pour que les enfants ne puissent pas retourner chaque fois à la maison. Cela, ajoute MPA, peut amener les éducateurs à avoir le temps suffisant de suivre les enfants handicapés mentaux et être avantageux car les enfants ne seront plus influencés par les deux éducateurs dont les approches sont diamétralement opposés. L'attitude des parents, poursuit MPA, par rapport à l'éducation des handicapés mentaux, est permissive.

Au cours de l'enquête au centre AKAMURI, il a été constaté que certains enfants handicapés sont délaissés du fait qu'il s'avère difficile voire impossible pour l'éducateur de les suivre tous en même temps. Etant donné que leur niveau intellectuel est toujours bas, ils ont besoin d'une école spéciale qui peut les accueillir, les aider, dès lors qu'ils quittent le centre AKAMURI. Il n'y a donc aucune raison de négliger ces enfants car si on les laisse à la maison ils risquent de s'enfoncer davantage dans l'incapacité.

10.5. Sensibilisation de la population sur le handicap mental

Le Burundi, c'est un pays où une très grande majorité de la population est non instruite. C'est une population qui ignore ce qui est du handicap mental. Beaucoup de gens prennent le handicap mental pour des esprits impurs.

Cette ignorance a beaucoup de conséquences sur la manière dont le handicap mental est traité au BURUNDI. Certains parents optent pour la surprotection ou pour le « rejet » de ces enfants. Une sensibilisation sur ce qu'est le handicap mental devrait être entreprise immédiatement et sans délais dans tout le pays par le gouvernement. Et cela devrait se baser sur les causes, les signes et les symptômes du handicap mental. Cette sensibilisation permettrait de faire un diagnostic précoce pour tous les enfants handicapés mentaux.

Cette sensibilisation devrait être orientée aussi dans le sens où toute la population saurait que le handicap mental n'est pas un problème à médicaliser car il n'existe pas de maladie de l'intelligence. L'intelligence étant une notion, ne peut pas être malade.

C'est un handicap irréversible et on ne peut aider ces enfants qu'en les adaptant à des activités simples de la vie de tous les jours c'est-a-dire des activités n'exigeant pas un raisonnement poussé. Le rôle de l'Etat est ici très important car c'est bien lui qui devrait fournir aux centres et écoles spéciales ce dont ils ont besoin. Cette idée a été évoquée par MO : *« vyiza leta iba ikwiye kumenya ivyo dukeneneye ikabiduha ikongera ikitaho indero y'aba bana babakeha bwenge nabo nyene baguma ari abana b'igihugu. Ikindi naco leta yogerageza guhimiriza abanyagihugu bakamenya icarico gukeha ubwenge »*

Ce qui veut dire en français que : *« l'Etat devrait être au courant de ce dont le centre a besoin pour le rendre disponible mais aussi faire de l'éducation des enfants handicapés mentaux une préoccupation car, malgré tout ils restent des enfants du pays. L'Etat devrait sensibiliser la population pour qu'elle sache ce que c'est le handicap mental »*

10.6. Conclusion du chapitre

Les souhaits des éducateurs des enfants handicapés mentaux pour une meilleure prise en charge sont le diagnostic précoce, le recrutement d'un personnel compétent, l'implication des parents, augmentation des centres de prise en charge et la sensibilisation de la population sur le handicap mental. Ces souhaits sont émis sur bases des entraves qui jalonnent l'activité de l'éducation à la propreté sphinctérienne. Une chose à souligner encore est que les parents sont rarement impliqués dans l'éducation des enfants handicapés mentaux ne contrôlant pas les sphincters et cela ne manque pas d'impacts sur l'évolution de ces enfants. Il en va de même du manque de compétence chez les éducateurs qui ne leur permet de faire preuve de professionnalisme.

CONCLUSION GENERALE

Notre travail avait pour objectif général de découvrir les difficultés rencontrées par les éducateurs du centre AKAMURI pour faire acquérir la propreté sphinctérienne aux enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters.

La recherche était articulée sur deux parties qui sont un cadre théorique d'une part et un cadre pratique construite sur la présentation des cas, analyse des données et interprétations des résultats d'autre part. Tenant compte de la nature de la recherche, nous avons opté pour une méthode qualitative et avons approché les éducateurs du centre AKAMURI pour nous parler de la réalité qu'ils vivent dans l'apprentissage à la propreté sphinctérienne. La technique utilisée était l'entretien semi-directif et l'observation directe des séances d'apprentissage à la propreté sphinctérienne des enfants arriérés mentaux.

Dans la deuxième partie, l'étude présenté les sujets d'enquête et par la suite elle analyse les données fournies par l'enquête et interprète les résultats. L'analyse dégage trois volets à savoir: les stratégies d'apprentissage des enfants handicapés mentaux à la propreté sphinctérienne, les impasses auxquelles sont confrontés les éducateurs dans l'entraînement à la propreté sphinctérienne et leurs souhaits pour un apprentissage réussi.

S'agissant des stratégies d'apprentissage à la propreté, l'étude constate que le conditionnement vient en premier lieu. Cette stratégie consiste à habituer l'enfant arriéré mental ne maîtrisant pas les sphincters aux mêmes exercices qui se fixent au fil du temps selon le degré du handicap de l'enfant et cela a pour finalité, l'indépendance de l'enfant à réaliser quelques activités élémentaires de la vie quotidienne. En deuxième lieu vient la psychomotricité qui consiste à adapter l'enfant à faire ses mouvements et à les contrôler. C'est-à-dire qu'on apprend à l'enfant à coordonner les mouvements selon le but visé. En troisième lieu vient l'apprentissage par des gestes qui consiste à apprendre à l'enfant incapable de communiquer à se servir du langage non-verbal pour être capable d'exprimer ses besoins et de comprendre ce qu'il apprend. Cela permet aux enfants de communiquer à leurs éducateurs, à leurs camarades, à la fratrie et à la société en général ce qui peut développer ses potentialités.

Le deuxième objectif visait à « *identifier les impasses auxquelles sont confrontés les éducateurs des enfants arriérés dans l'entrainement à la propreté sphinctérienne* ».

Après avoir analysé et interprété les réponses des éducateurs, l'étude a constaté que la non collaboration entre parents et éducateurs handicape les activités d'apprentissage à la propreté sphinctérienne. Aussi, le manque de formations des éducateurs est une entrave car il arrive un moment où des éducateurs manquent quoi faire vis-à-vis des enfants ne maîtrisant pas les sphincters. Il en découle un manque de professionnalisme qui fait que beaucoup d'éducateurs ignorent les notions d'éthique, de morale et de déontologie. Enfin, les effectifs élevés d'enfants font que les éducateurs soient incapables de suivre les enfants.

En dernière analyse la recherche visait à « *cerner les souhaits pour une meilleure éducation à la propreté sphinctérienne* » Les enquêtés ont émis des souhaits tels que le diagnostic précoce du handicap mental, le recrutement d'un personnel compétent, l'implication des parents, l'augmentation des centres de prise en charge ainsi que la sensibilisation de la population sur le handicap mental.

Nous ne saurions donc mettre à terme notre travail sans suggérer aux différentes institutions ce qu'il faut pour améliorer l'apprentissage à la propreté sphinctérienne. Nous suggérons donc:

- **Au gouvernement, nous suggerons:**

- de créer des Centres de prise en charge des enfants handicapés mentaux et des écoles spéciales pour ceux qui ont atteint l'indépendance ;
- de contribuer à mettre sur pied le matériel adéquat pour les centres de prise en charge ;
- d'accroître le budget annuel réservé aux centres de prise en charge des enfants handicapés ;
- de mettre en place des comités de sensibilisation de la population sur le handicap mental et cela sur toutes les collines du pays.

- **Aux familles des enfants handicapés mentaux, nous suggérons :**

- de s'intéresser à la prise en charge des enfants handicapés mentaux ;
- de ne pas diaboliser le handicap mental et comprendre que c'est un cas physiologique qui reste une réalité ;
- de se passer du laxisme et de surprotection,
- de collaborer pratiquement avec les éducateurs de l'enfant dans le centre de prise en charge.

➢ **Au centre AKAMURI, nous suggérons :**

- de faire preuve de retenue et de courage quand on est en face des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters ;
- de se cultiver par des livres et des documentaires qui évoquent la façon dont on prend en charge les enfants arriérés mentaux ;
- de respecter la devise du centre AKAMURI qui est de respecter et valoriser les enfants handicapés mentaux.
- de changer le centre AKAMURI en internat

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GENERAUX

ADLER, A., L'enfant difficile. Paris, Payot, 1976.

AUMONT, BE., L'Acte d'apprendre. Paris, P.U.F, 1992.

BARANCIRA, S., Possession par les esprits Baganza et rituel thérapeutique. Bujumbura, 1990.

CUILLERET, M., Les trisomiques parmi nous ou les mongoliens ne sont plus. Villeurbanne (France), simep, 1981.

DESPINOY, M. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Armand Colin.2008.

DOLTON, F., Lorsque l'enfant parait. Paris, Edition du Seuil, 1986.

D'UNRUG, M.C., Analyse du contenu et acte de parole. « De l'énoncé à l'énonciation ».Paris, P.U.F, 1974.

GHIGLIONNE, R. et MATALON, B., Les enquêtes sociologiques. Paris, Armand Colin, 1980.

GOUPIL, G., Les élèves en difficulté d'apprentissage et d'adaptation. Québec, Gaëtan Morin, 2007.

KOHLER, C., Les déficiences intellectuelles chez l'enfant. Paris, P.U.F, 1968.

LAENG, M., Vocabulaires de Pédagogie moderne. Paris, Le Centurion, 1974.

LAGACHE, D., L'unité de Psychologie. Paris, P.U.F, 1979.

LANG, G.L., Rééducation en externat-externats médico-pédagogiques, externats psychothérapeutiques, hôpitaux de jour. Paris, E.S.F, 1971.

MAYER.R., et OUELLET, F., cité par NSHIMIRIMANA, A., in Aspects psychosexuels de la mode vestimentaire à l'adolescence, 2011.

MICHELET, A et GAUQUELIN, F., La psychologie moderne de A à Z. Paris, P.U.F, 1971

MUCCHIELLI, R., Cité par FORGET, J, Une relation d'aide=Aider les adolescents et les adolescentes en difficultés. Québec, Les éditions Logiques, 1990.

MUCCHIELLI, R., Le questionnaire dans l'enquête psychosociale, connaissances du problème. Paris, Armand Colin, 1987.

NDAYISABA, J. et DE GRANDMONT, N., Les enfants différents. Québec, Les éditions logiques, 1999.

OLERON, P., L'Education des enfants physiquement handicapés. Paris, P.U.F, 1976.

PICQ, L., Education psychomoteur et arriération mentale. Paris, Doin, 1976.

ROBAYE, F., L'enfant au cerveau blessé. Bruxelles, Dessart et Mardaga, 1975.

REY, A., Arriération mentale et premiers exercices éducatifs. Neschatel, Delachaux et Niestlé, 1967.

TRANOY, A., L'adaptation des enfants handicapés mentaux. Paris, Casterman.

VAYER, P., DESTROOPER, J., dynamique de l'action éducative chez l'enfant inadapté. Paris, Doin, 1974.

II. MEMOIRES ET AUTRES DOCUMENTS

BITERIMAZA, J., (Analyse critique de l'action éducative menée auprès des enfants déficients mentaux en milieu institutionnel. Mémoire inédit, UB, FPSE, 1996.

HAGERIMANA, J., Le vécu psychosocial d'un couple ayant un enfant déficient mental. Mémoire inédit, UB., PSE, 2010.

KWIZERA, S., Contribution des parents dans la prise en charge des handicapés mentaux en milieu institutionnel. Mémoire inédit, UB., FPSE.

NDUWIMANA, S., Problématique de prise en charge des handicapés mentaux en milieu institutionnel. Mémoire inédit, UB., FPSE, 2011.

NIMUBONA, J-B., Etudes des facteurs qui sont à l'origine des troubles sphinctériens chez les enfants récupérés dans les centres d'enfants non accompagnés. Mémoires inédit, UB., FPSE, 1999.

NZORUBARA, J., Problématique de la prise en charge psychosociale des handicapés mentaux en milieu institutionnel. Mémoires inédit, UB., FPSE, 2004.

NIYONIZIGIYE, F., L'image de soi chez la fille à handicap moteur. Mémoire inédit, UB., FPSE, 2012.

III. WEBOGRAPHIE

www.aprentissagedelaproprete.fr

www.commentcamarche.net

www.jacenthes.be/peda.pdf

http://tectaetu.unige.ch/etu-maltt/R2D2/cereghdo.

http://fr.wikipedia.org/wiki/handicap mental

www.oms.int/fr/.

IV. DICTIONNAIRES

CHAMPY, P., et ETEVE, C., Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, Paris, Nathan, 1990.

SILLAMY, N., (1980), Dictionnaire encyclopédique de psychologie. Paris Bordas, 1980.

ANNEXES

ANNEXE I : PRESENTATION DU CHERCHEUR

a. En Français

Bonjour Madame, Monsieur ;

Je m'appelle NIYIMPUMURIZA Moïse. Je suis étudiant à l'Université du Burundi. Je suis en train de réaliser un travail de fin d'études universitaires. Ce travail concerne l'apprentissage à la propreté sphinctérienne chez les enfants arriérés mentaux du centre AKAMURI.

Vous êtes la personne la mieux indiquée pour me donner des informations fiables, vous qui prenez en charge des enfants arriérés mentaux.

Tout ce que vous allez me dire sera important, raison pour laquelle je me munis d'un appareil enregistreur afin de ne rien omettre ni oublier dans tout ce que vous allez m'exposer. Tout ce vous me dites sera tenu en secret et cela est illustré par le fait que votre identité ne sera pas révélé. Merci de votre sincère collaboration.

b. En Kirundi

Mwaramtse Mushingantahe, Mupfasoni

Nitwa NIYIMPUMURIZA Moïse. Ndi umunyeshure muri Kaminuza y'Uburundi. Ndiko ndako iraigikorwa giheraheza amashure. Ico gikorwa kijanye n'ingene mwigisha abana b'abakehabwenge bakamenya ivy'isuku rijanye n'ukutiyononako imyanda mikuru na mito. Ni mwebwe mbona mufise inkuru zikwiye kandi z'ukwizerwa ku bijanye n'ico gikorwa canje. Ndabemereye ko ivyo tugira tuvugane ari i banga riguma hagati yacu. Nitwa akuma nkoresha mugufata amajwi kugira ntihagire ico nkuramwo canke nibagira. Mbaye ndabashimira ko mwemeye kumpa ikiganiro.

ANNEXE II : GUIDES D'ENTRETIEN AVEC LES ENCADREURS OU LES EDUCATEURS

a. En Français

1. Identification de l'enquêté

Nom et prénom :

Age :

Ancienneté au centre AKAMURI :

Etudes faites :

2. Guide d'entretien proprement dit

I. En Français

a) Avez-vous dans votre classe des enfants qui ne maîtrisant pas encore leurs sphincters ?combien ? Lesquels sont-ils ?

b) Est-ce que vous faîtes quelque chose pour les entraîner à la propreté sphinctérienne ?expliquez

c) Y a-t-il un équipement approprié à ce genre d'apprentissage ? Expliquez

d) Etes-vous satisfait des résultats obtenus par ces enfants ? Expliquez

e) A quelles entraves vous heurtez-vous dans l'apprentissage à la propreté sphinctérienne chez les enfants du centre AKAMURI ?

f) Quels sont vos souhaits pour plus de résultats ?

II. En Kirundi

a) Mwoba mufise mw'ishure ryanyu abana biyononako umwanda muto na mukuru ? bangana gute? ni bande ?

b) None mubigenza gute ngo mubigishe kutiyononako ?sigura

c) Hoba hari ibikoresho bijanye n'izo nyigisho ? ni ibihe ?

d) None murashimishwa n'ingene abo bana bashobora gushika kuntambwe yo kutiyononako ? sigura

e) Ni izihe ntambamyi muhura nazo muri ico gikorwa co kumenyereza abana bo mukigo akamuri kutisohokako imyanda mikuru na mito ?

f) Ivyipfuzo vyanyu kugira ivyo mufasha abo bana bigire ico bishikako gishiumishije ni ibihe ?

ANNEXE III : GRILLE D'OBSERVATION

Pour être objectif et précis au cours de notre observation, nous avons jugé pertinent de nous munir d'une grille d'observation. La grille d'observation était structurée comme suit :

a) Humeur des éducateurs et celle des enfants arriérés mentaux ne maîtrisant pas les sphincters :

- Souriant
- Calme
- Triste

b) Relations des enfants avec les éducateurs en plein apprentissage :

- Collaboration
- Compréhension

c) Comportements des enfants par rapport à l'apprentissage à la propreté sphinctérienne :

- Courageux
- Labiles
- Attentifs
- Distraits

d) Réaction des éducateurs vis-à-vis des comportements des enfants en plein apprentissage :

- Rigueur
- Laisser-faire
- Punition
- Compréhension
- Découragement